

CHANGE MANAGEMENT **DI RSUD DR. SOETOMO**

TESIS

Untuk memenuhi sebagian persyaratan mencapai
Derajat Magister Manajemen



Oleh

ROBETH JABBAR SYAHANSYAH
041324353002

Program Magister Manajemen
Fakultas Ekonomi & Bisnis Universitas Airlangga
2016

PERNYATAAN

Saya, (Robeth Jabbar Syahansyah, 041324353037-MM), menyatakan bahwa :

1. Tesis saya ini adalah asli dan benar-benar hasil karya saya sendiri, dan bukan hasil karya orang lain dengan mengatasnamakan saya, serta bukan merupakan hasil peniruan atau penjiplakan (plagiarism) dari karya orang lain. Tesis ini belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik baik di Universitas Airlangga maupun di perguruan tinggi lainnya.
2. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dengan disebutkan nama pengarang dan dicantumkan dalam daftar kepustakaan.
3. Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, dan apabila di kemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah diperoleh karena karya tulis tesis ini, serta sanksi-sanksi lainnya sesuai dengan norma dan peraturan yang berlaku di Universitas Airlangga.

Surabaya, 16 Juni 2016

Yang membuat pernyataan



Robeth Jabbar Syanansyah
NIM. 041324353037-MM

CHANGE MANAGEMENT DI RSUD Dr. SOETOMO

Diajukan oleh

ROBETH JABBAR SYAHANSYAH

041324353037-MM

Telah disetujui oleh :

Pembimbing Utama,



Dr. Praptini Yulianti, S.E., MSi.
NIP.

Tanggal : 24 Agustus 2016

Mengetahui,
Ketua Program Studi Magister Manajemen
Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Airlangga



Dr. Ganear Candra Premananto, SE., MSi.
NIP. 197407221999031001

Tanggal : 24 Agustus 2016

Halaman Persetujuan Penguji

Yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan bahwa :

Nama : Robeth Jabbar Syahansyah

NIM : 041324353037-MM

Telah melakukan perbaikan terhadap Tesis yang berjudul *Change Management* di RSUD Dr. Soetomo, sebagaimana disarankan oleh tim penguji pada tanggal 22 Agustus 2016.

Tim Penguji

Ketua,



Dr. Dwi Ratmawati, M.Com.

Panitera,



Dr. Praptini Yulianti, S.E., MSi.

Anggota,



Dr. Sri Hartini, S.E., MSi.



Dr. Tri Siwi Agustina, S.E., MSi.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Puji dan Syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat-nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis dengan judul "*Change Management di RSUD Dr. Soetomo*". Penulis menyadari bahwa dalam penyelesaian Tesis ini tidak akan berjalan lancar tanpa adanya dukungan dari pihak lain, untuk itu, dalam kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Orang Tua tersayang Papa dan Mama serta Bapak dan Ibu atas doa dan kasih sayang yang selalu diberikan.
2. Istri tercinta, Nuzulul Kusuma Putri, serta putra tercinta Ghazy Ghalibie Syahansyah yang telah memberikan cinta, doa dan dukungannya selalu.
3. Adik adikku, Wildan Abqori Fahmi, Akbar Sujiwa, Nurul Tazaroh, semoga kita sukses selalu.
4. Dr. Praptini Yulianti M.Si. selaku Dosen Pembimbing yang telah memberikan arahan, waktu, tenaga dan pikiran dalam penelitian ini.
5. Dr. Ratmawati, M.Com. selaku dosen penguji tesis yang telah memberikan saran dan bimbingan untuk perbaikan tesis ini.
6. Dr. Sri Hartini, S.E., MSi. selaku dosen penguji tesis yang telah memberikan saran dan bimbingan untuk perbaikan tesis ini.
7. Dr. Tri Siwi Agustina, S.E., MSi. selaku dosen penguji tesis yang telah memberikan saran dan bimbingan untuk perbaikan tesis ini.

8. Dr. Gancar Permananto M.Si selaku Ketua Program Studi Magister Manajemen Universitas Airlangga.
9. Dr. Sri Gunawan DBA yang selalu memberi dorongan penyelesaian tesis kepada kami mahasiswa Magister Manajemen khususnya angkatan 42.
10. Dr. dr. Joni Wahyuhadi, Sp.BS. dan dr. Bangun Trapsila Purwaka, Sp.OG. selaku Direksi RSUD Dr. Soetomo yang telah bersedia meluangkan waktu sebagai narasumber untuk memberikan informasi untuk penelitian ini.
11. drg. Shinta Widyansih M. MKes., ibu, yang selalu menjadi tempat belajar penulis. Terima kasih atas kesempatan kuliah ini. Terima kasih juga karena telah bersedia menjadi narasumber dalam penelitian ini.
12. drg. Hidayati Wardhani, terima kasih atas kesempatan yang telah diberikan kepada penulis untuk menyelesaikan studi.
13. Bapak Hartono, S.E., MSi. (alm), terima kasih atas dorongan kepada penulis untuk mengikuti studi di Magister Manajemen Universitas Airlangga ini.
14. Teman-teman MM Angkatan 42 Weekdays dan Weekend. Terimakasih atas persaudaraan dan kerjasamanya selama ini.
15. Teman-Teman RSUD Dr. Soetomo, khususnya Sub Bagian Penerimaan, terima kasih atas bantuannya.
16. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu yang turut memberikan bantuan, semangat, dan masukan dalam penyusunan Tesis ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan Tesis ini tentunya memiliki banyak kekurangan sehingga informasi tambahan, saran dan kritik untuk pengembangan lebih lanjut sangatlah penulis harapkan. Akhir kata penulis

berharap Tesis ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan Ilmu Manajemen.

Surabaya, 24 Agustus 2016
Penyusun,

Robeth Jabbar Syahansyah

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL.....	xi
ABSTRAK	xiii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	10
1.3 Tujuan Penelitian	10
1.4 Manfaat Penelitian	11
1.5 Sistematika Pembahasan	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	14
2.1 Perubahan dalam Organisasi	14
2.1.1 Jenis Perubahan.....	15
2.1.2 Saat Perubahan Terjadi	16
2.2 Manajemen Perubahan	16
2.3 <i>Hard Factors</i> dan <i>Soft Factors</i> dari Manajemen Perubahan ...	19
2.3.1 <i>Duration</i>	21
2.3.2 <i>Integrity</i>	26
2.3.3 <i>Commitment</i>	30
2.3.4 <i>Effort</i>	37
2.4 Akreditasi Rumah Sakit	38
2.4.1 Maksud Akreditasi Rumah Sakit	39
2.4.2 Penyelenggaraan Akreditasi Standar JCI.....	41
2.5 Kerangka Konsep Penelitian	42

BAB III METODE PENELITIAN	44
3.1 Pendekatan Penelitian	44
3.2 Tujuan Study: Deskriptif.....	45
3.3 <i>Single (Classic) Case Study</i>	45
3.4. <i>Holistic Single Case Study</i>	46
3.5 Desain Penelitian <i>Holistic Single Case Study</i>	46
3.5.1 Pertanyaan penelitian	47
3.5.2 Proposisi.....	47
3.5.3 Unit analisis.....	48
3.5.4 Logika yang Mengaitkan Data dengan Proposisi.....	49
3.5.5 Kriteria untuk Mengintepretasikan Temuan	53
3.6 Kriteria untuk Menguji Kualitas Sebuah <i>Research Design</i>	54
3.7 Jenis dan Sumber Data	55
3.8 Informan Penelitian	58
3.9 Prosedur Pengumpulan Data	61
3.10 Teknik Analisis	61
BAB IV GAMBARAN UMUM OBJEK PENELITIAN	63
4.1 Sejarah RSUD Dr. Soetomo.....	63
4.2 Visi dan Misi	65
4.2.1 Visi RSUD Dr. Soetomo	65
4.2.2 Misi RSUD Dr. Soetomo	65
4.2.3 Nilai Dasar	66
4.3 Tugas, Fungsi dan Struktur Organisasi RSUD Dr. Soetomo...	66
4.4 Kapasitas Sumber Daya Manusia	70
BAB V ANALISA DAN PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN	71
5.1 Profil Responden	72
5.2 Menganalisa Data <i>Case Study</i>	73
5.2.1 Strategi Umum dalam Menganalisa Data	73
5.2.2 Asumsi yang Digunakan	74
5.2.3 Strategi Teknis Analisis Data.....	74
5.3 Analisis Data yang Berkaitan dengan Proposisi	75

5.3.1	Faktor Keras Manajemen Perubahan 1: <i>Duration</i>	75
5.3.1.1	Pimpinan RSUD Dr. Soetomo	75
5.3.1.1	Koordinator Dokumen Akreditasi.....	81
5.3.2	Faktor Keras Manajemen Perubahan 2: <i>Integrity</i>	84
5.3.2.1	Pimpinan RSUD Dr. Soetomo	84
5.3.2.2	Koordinator Dokumen Akreditasi.....	86
5.3.2.3	Pejabat Struktural	89
5.3.3	Faktor Keras Manajemen Perubahan 3: <i>Commitment</i> ..	96
5.3.3.1	Pimpinan RSUD Dr. Soetomo	96
5.3.3.2	Koordinator Dokumen Akreditasi	100
5.3.3.3	Pejabat Struktural	105
5.3.3.4	Perwakilan Staf	110
5.3.4	Faktor Keras Manajemen Perubahan 4: <i>Effort</i>	114
5.3.4.1	Pimpinan RSUD Dr. Soetomo	114
5.3.4.2	Koordinator Dokumen Akreditasi.....	118
5.4	Pembahasan terhadap Data yang Didapat dari Hasil Wawancara dengan Key Informan	119
5.4.1	Pembahasan terhadap Faktor <i>Duration</i>	119
5.4.2	Pembahasan terhadap Faktor <i>Integrity</i>	124
5.4.3	Pembahasan terhadap Faktor <i>Commitment</i>	127
5.4.4	Pembahasan terhadap Faktor <i>Effort</i>	133
5.5	Penilaian Kesiapan RSUD Dr. Soetomo dalam Proses <i>Change</i>	134
BAB VI PENUTUP		140
6.1	Kesimpulan.....	140
6.2	Saran	141
DAFTAR PUSTAKA		144
LAMPIRAN		147

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel III.1	<i>Linking Data to Propotions</i> 49
Tabel III.2	Garis Besar dari Pertanyaan Penelitian Hingga Menjadi Hasil Penelitian..... 53
Tabel III.3	Jenis Data, Sumber Bukti dan Cara Mendapatkannya 54
Tabel III.4	Proses Pengumpulan Sumber Bukti melalui <i>Interview</i> pada <i>Key Informan</i> 60
Tabel IV.1	Jenis Ketenagaan RSUD Dr. Soetomo Tahun 2011 s.d. 2015 71
Tabel V.1	Profil Responden..... 73
Tabel V.2	Jawaban <i>Key Informan</i> Direksi terhadap Pertanyaan <i>Duration</i> 77
Tabel V.3	Jawaban <i>Key Informan</i> Koordinator Dokumen Akreditasi terhadap Pertanyaan <i>Duration</i> 82
Tabel V.4	Jawaban <i>Key Informan</i> Direksi terhadap Pertanyaan <i>Integrity</i> 85
Tabel V.5	Jawaban <i>Key Informan</i> Koordinator Dokumen Akreditasi terhadap Pertanyaan <i>Integrity</i> 88
Tabel V.6	Jawaban <i>Key Informan</i> Anggota Tim Akreditasi terhadap Pertanyaan <i>Integrity</i> 90
Tabel V.7	Jawaban <i>Key Informan</i> Direksi terhadap Pertanyaan <i>Commitment</i> 98
Tabel V.8	Jawaban <i>Key Informan</i> Koordinator Dokumen Akreditasi terhadap Pertanyaan <i>Commitment</i> 103
Tabel V.9	Jawaban <i>Key Informan</i> Pejabat Struktural dan Selaku Anggota Tim Akreditasi terhadap Pertanyaan <i>Commitment</i> 107
Tabel V.10	Jawaban <i>Key Informan</i> Perwakilan Staf terhadap Pertanyaan <i>Commitment</i> 110
Tabel V.11	Jawaban <i>Key Informan</i> Direksi terhadap Pertanyaan <i>Effort</i> .. 115

Tabel V.12	Jawaban <i>Key Informan</i> Koordinator Dokumen Akreditasi terhadap Pertanyaan <i>Effort</i>	119
Tabel V.13	Kesiapan Perubahan RSUD Dr. Soetomo.....	134

ABSTRAK

CHANGE MANAGEMENT DI RSUD DR. SOETOMO

RSUD Dr. Soetomo sebagai badan layanan umum milik pemerintah Provinsi Jawa Timur yang bertugas mengedepankan pelayanan sosial kepada masyarakat, selalu dituntut untuk melakukan peningkatan kualitas layanannya. Peningkatan kualitas layanan tersebut RSUD Dr. Soetomo coba capai melalui perbaikan performa organisasi dengan melakukan perubahan-perubahan menuju standar yang telah ditetapkan dalam akreditasi *Joint Commission International* (JCI). Persiapan perubahan tersebut dilakukan RSUD Dr. Soetomo dengan membangun budaya kerja yang mengedepankan mutu pelayanan, pembentukan tim akreditasi yang bertugas mengawal perubahan, memenuhi sarana prasarana sesuai standar akreditasi JCI, mengubah alur dan tata kerja para pelaksana, dsb. Pendekatan penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan cara menilai kesiapan perubahan yang tengah dilakukan RSUD Dr. Soetomo terhadap faktor keras dalam perubahan, yakni DICE (*Duration, Integrity, Commitment, Effort*). *Key informan* dalam penelitian ini adalah Direksi, Pejabat Struktural, dan Staf yang juga seluruhnya bertindak juga selaku Tim Akreditasi. Hasil dalam penelitian ini adalah bahwa dalam mempersiapkan perubahan RSUD Dr. Soetomo kurang memperhatikan faktor keras dalam perubahan, diantaranya *duration* dalam hal ini review terhadap proyek perubahan belum dilakukan dengan cukup. *Integrity* tim perubahan tidak dikomunikasikan dan dievaluasi dengan baik oleh pimpinan organisasi. Pimpinan organisasi telah memberikan *commitment* secara penuh namun tidak dengan sebagian staf. *Effort* staf dalam menyelesaikan proyek perubahan pemenuhan standar yang masih belum menjadi perhatian pimpinan organisasi. Kesimpulan yang didapat dalam penelitian ini adalah bahwa RSUD Dr. Soetomo belum siap dalam melakukan perubahan pemenuhan standar akreditasi JCI. Sehingga dapat disarankan agar manajemen RSUD Dr. Soetomo dalam mempersiapkan perubahan guna pemenuhan standar akreditasi memperhatikan keempat faktor keras tersebut.

Kata Kunci : RSUD Dr. Soetomo, *Change Management*, Akreditasi Rumah Sakit, DICE

ABSTRACT

CHANGE MANAGEMENT IN DR. SOETOMO HOSPITAL

As a public service agency owned by the government of East Java Province which giving social services to the community, Dr. Soetomo Hospital are always required to upgrade its service quality. Dr. Soetomo Hospital makes breakthrough to increase its organizational performance by implement Joint Commission International (JCI). Dr. Soetomo Hospital conduct those preparation for change by generate a patient safety culture, establishes its accreditation team to conduct change programs, fulfill infrastructure standards, change patient flow and operation procedure, etc to achieve its change. This qualitative study assessing change factors of Dr. Soetomo Hospital based on DICE (Duration, Integrity, Commitment, Effort). Key informants in this research are Hospital leader, managers and staff whom all of them also conduct as accreditation team member. This study generate a result that Dr. Soetomo Hospital not really concern about hard factors on change, example duration factors, in this case review to the change project do not going well yet. Integrity of team member not communicate properly by hospital leader to all of team member. Commitment to successfully conduct the change had come from hospital leader but not from several staff. Staff effort to finish the change project is not the priority for successful change. This study concludes that Dr. Soetomo Hospital is not ready to make a change to fulfill accreditation standards. Based on those conclusion it can be suggested that Dr. Soetomo Hospital conduct its organizational change based on four hard factors of DICE.

Keywords: Dr. Soetomo Hospital, Change Management, Hospital Accreditation, DICE

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Perbaikan layanan pemerintah sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik mendorong pemerintah untuk terus melakukan evaluasi atas performa organisasinya. Langkah efisiensi dan efektivitas, ditempuh salah satunya dengan evaluasi dan perbaikan proses bisnis dan birokrasi yang tengah berjalan. Dengan perubahan yang berfokus pada perbaikan proses bisnis dan birokrasi ke arah yang lebih optimal, organisasi pemerintah khususnya yang bertugas memberikan pelayanan kepada publik diharapkan dapat menggerakkan fungsinya dengan lebih baik.

Sebagai salah satu subsistem dalam pelayanan kesehatan, rumah sakit merupakan tempat rujukan bagi berbagai unit pelayanan kesehatan dasar di bawahnya. Ditambah lagi dengan ciri-ciri organisasinya yang padat karya, padat modal, padat teknologi dan padat permasalahan, tuntutan kepada rumah sakit untuk selalu melakukan perbaikan layanannya menjadi sebuah tantangan besar yang harus diselesaikan. Dengan demikian upaya perubahan, dalam rangka peningkatan mutu layanan rumah sakit, penting untuk dilaksanakan dengan strategi yang tepat.

Pada era jaminan kesehatan nasional, rumah sakit dituntut untuk kompetitif dalam memberikan pelayanan. Selama ini RSUD Dr. Soetomo yang berperan sebagai rumah sakit pemerintah suka tidak suka harus memperbaiki

layanannya agar mampu bersaing dengan penyedia jasa layanan kesehatan lain. Perbaikan layanan tersebut akan mendorong RSUD Dr. Soetomo melakukan perubahan pada organisasinya, demi mencapai pelayanan yang lebih prima dan dapat diterima dengan baik oleh pasien.

Guna mengetahui posisi RSUD Dr. Soetomo apakah tengah melakukan proses perubahan, situasi dalam organisasi rumah sakit dapat pula diamati melalui model dasar manajemen perubahan yang dikembangkan oleh Kurt Lewin, yang dikenal dengan Lewin's *Three Step Model*. Lewin's *Three Steps Model* terdiri dari 3 tahapan perubahan, yaitu *unfreezing*, *moving* dan *refreezing*. Ketiga tahapan tersebut sebagaimana disampaikan dalam Robbins (2003, 551) antara lain *unfreezing*, *moving*, dan *refreezing* yang menjelaskan bagaimana cara mengambil inisiatif, mengelola dan menstabilisasi proses perubahan. Berdasarkan teori tersebut posisi RSUD Dr. Soetomo saat ini bisa dikategorikan sebagai dalam tahapan *unfreezing*, sebagaimana dimuat dalam Robbins (2003, 551):

“Menurut Lewin, langkah pertama dalam proses perubahan perilaku adalah *unfreeze* situasi *existing*. Unfreezing dapat dicapai melalui tiga metode. Pertama, meningkatkan kekuatan pendorong yang mengarahkan perilaku keluar dari situasi *existing*. Kedua, menurunkan kekuatan penghambat yang mempunyai efek negatif atau status quo. Ketiga, mencari kombinasi kedua metode di atas.

Dimana berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti kepada anggota tim akreditasi di RSUD Dr. Soetomo, bahwa RSUD Dr. tengah menyiapkan proses perubahan guna pemenuhan standar akreditasi JCI. Dalam menyiapkan perubahan tersebut pimpinan organisasi bersama-sama tim akreditasi rumah sakit merumuskan kebijakan-kebijakan baru guna mendorong perubahan berjalan dengan lancar.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 374 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional proses akreditasi dirancang untuk meningkatkan budaya keselamatan dan budaya kualitas di rumah sakit, sehingga rumah sakit senantiasa berusaha meningkatkan mutu dan pelayanannya. Melalui proses akreditasi salah satu manfaatnya rumah sakit dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat bahwa rumah sakit menitikberatkan sasarannya pada keselamatan pasien dan mutu pelayanan. Rumah sakit yang terakreditasi berarti telah mencapai tingkat pelayanan kesehatan sesuai dengan standar yang ditetapkan, memberi jaminan kepada petugas rumah sakit bahwa semua fasilitas, tenaga dan lingkungan yang diperlukan tersedia, sehingga dapat mendukung upaya penyembuhan dan pengobatan pasien dengan sebaik-baiknya. Dan pada gilirannya memberi jaminan dan kepuasan kepada pasien dan masyarakat bahwa pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit telah diselenggarakan sebaik mungkin.

Berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI No. HK.00.06.3.5.00788, akreditasi rumah sakit adalah suatu pengakuan dari pemerintah yang diberikan kepada rumah sakit yang telah memenuhi standar yang telah ditetapkan. Tujuan dari akreditasi rumah sakit menurut Wijono (1999, 4) adalah: "...mendapatkan gambaran seberapa jauh rumah sakit Indonesia telah memenuhi berbagai standar yang ditentukan, dengan demikian mutu pelayanan rumah sakit dapat dipertanggungjawabkan."

Undang Undang Kesehatan Nomor 44 Tahun 2009 Pasal 40 ayat 1 menentukan bahwa, dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, rumah sakit wajib diakreditasi secara berkala minimal 3 tahun sekali. Dengan semakin kritisnya

masyarakat Indonesia dalam menilai mutu pelayanan kesehatan, maka Kementerian Kesehatan RI khususnya Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan memilih dan menetapkan sistem akreditasi rumah sakit mengacu pada *Joint Commission International (JCI)*. JCI adalah badan akreditasi *non profit* yang berpusat di Amerika Serikat dan bertugas menetapkan dan menilai standar performa para pemberi pelayanan kesehatan. JCI merupakan suatu lembaga independen luar negeri yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan sebagai pelaksana Akreditasi Internasional. Standar Akreditasi Nasional terangkum dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit, sedangkan Standar Akreditasi Internasional terangkum pada edisi ke 4 *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital*.

Akreditasi oleh JCI merupakan proses evaluasi yang terdiri dari beberapa bagian, diantaranya: *self assessment* melalui standar-standar yang telah diberikan dan harus dipenuhi, diteruskan dengan *on-site survey* oleh surveyor JCI yang kemudian menghasilkan laporan hasil *survey* dan rekomendasi bila diperlukan, selanjutnya keputusan tersertifikasi akreditasi JCI atau penolakan. Dalam *self assessment* rumah sakit akan berusaha memenuhi apa yang JCI telah tentukan untuk menjadi rumah sakit yang sesuai standar internasional. Pemenuhan standar-standar dimaksud mendorong rumah sakit untuk melakukan perubahan, yang tidak jarang perubahan tersebut berlangsung di seluruh aspek organisasi, diantaranya perubahan struktur kepegawaian, pembentukan tim-tim sesuai standar yang diminta, penyempurnaan alur kerja, *training* karyawan, perbaikan sarana-

prasarana yang belum sesuai standar, menumbuhkan budaya-budaya kerja baru yang belum dikenal karyawan sebelumnya, dsb.

RSUD Dr. Soetomo adalah Rumah Sakit Pendidikan Kelas A yang dibentuk dengan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2008 dengan tujuan mengedepankan pelayanan sosial kepada masyarakat. Tuntutan peningkatan mutu kualitas layanan kesehatan mendorong RSUD Dr. Soetomo melakukan perubahan-perubahan mendasar dalam organisasinya. Perubahan menuju perbaikan layanan yang dilaksanakan RSUD Dr. Soetomo dengan mengacu pada standar-standar internasional oleh JCI dalam pelayanan kesehatan rumah sakit.

Usaha memenuhi standar akreditasi internasional (JCI) di RSUD Dr. Soetomo dilakukan dengan membuat program-program kerja yang mengarah pada pembangunan budaya kerja yang berorientasi pada peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Secara spesifik pembangunan budaya melalui program kerja tersebut diwujudkan dalam proses sosialisasi pentingnya bagaimana bekerja yang berorientasi pada keselamatan pasien. Staf diberikan banyak materi tentang bagaimana memberikan pelayanan kesehatan atau pelayanan terkait lain yang berorientasi pada peningkatan mutu. Selain sosialisasi, di setiap kesempatan formal bertemu dengan banyak staf rumah sakit misalnya apel pagi atau acara lainnya, pimpinan rumah sakit selalu menyampaikan pentingnya RSUD Dr. Soetomo lulus penilaian akreditasi JCI, menyampaikan target-target pencapaian yang harus diselesaikan, usaha-usaha perbaikan yang perlu segera dilaksanakan dalam menghadapi penilaian akreditasi JCI. Dalam kesempatan bertemu staf

tersebut seringkali pimpinan rumah sakit juga memberikan edukasi singkat tentang beberapa aspek dalam standar akreditasi JCI yang harus dipahami seluruh staf.

Pimpinan rumah sakit membentuk tim khusus akreditasi JCI, yang terdiri dari seluruh elemen rumah sakit, yang bertugas mengarahkan perubahan menuju pemenuhan standar-standar akreditasi internasional. Tim Akreditasi JCI dipimpin oleh seorang Ketua yang bertanggung jawab penuh terhadap seluruh jalannya proses transformasi yang dilakukan melalui pemenuhan standar akreditasi JCI. Pimpinan rumah sakit kemudian menetapkan *mock survey* pada Oktober 2016 dan *initial survey* pada tahun 2017 agar karyawan termotivasi untuk bergegas menyelesaikan pemenuhan standar yang dituju. Mengalokasikan sumber daya rumah sakit, baik manusia maupun dana, untuk program-program JCI.

Sesuai mekanisme akreditasi oleh JCI, sebelum dilakukan *survey* akreditasi sebenarnya secara menyeluruh terlebih dahulu dilaksanakan *initial assessment* yang merupakan *survey* pembuka dari rangkaian *survey* akreditasi JCI yang dijalankan. Kunjungan tim penilai JCI dalam rangka *initial assessment* berlangsung selama 10 hari mulai tanggal 4 s.d. 13 Januari 2016. Tim *surveyor* JCI terdiri dari 1 ketua dan 3 orang anggota – dua orang perawat, satu dokter, satu ahli kefarmasian dan sarana prasarana rumah sakit. Selama *initial assessment*, tim *surveyor* mewawancarai seluruh anggota tim akreditasi rumah sakit, mereview bukti pemenuhan standar JCI oleh tim akreditasi, melakukan beberapa kali *facilities tour* pada bangsal dan ruang operasi, serta bertemu dengan anggota senior manajemen rumah sakit. Hasil dari *initial assessment* dalam laporan tim

surveyor berisi bahwa RSUD Dr. Soetomo memerlukan banyak perbaikan. *Initial assessment* JCI (*survey* pendahuluan sebelum *mocksurvey* akreditasi pada bulan Oktober 2016) menghasilkan laporan *survey* yang berisi bahwa masih banyak pekerjaan yang tidak sesuai dengan prosedur baku dalam melaksanakan tugas. Masih banyak karyawan yang tidak memahami pentingnya perubahan mengarah pada perbaikan mutu layanan, masih banyak sarana dan prasarana yang belum sesuai standar, serta banyak rekomendasi perbaikan lainnya.

Penting bagi RSUD Dr. Soetomo lulus *mock survey* pada Oktober 2016, karena dengan kelulusan tersebut RSUD Dr. Soetomo dinilai layak oleh JCI untuk dilakukan *initial survey* pada tahun 2017. Namun apabila pada Oktober 2016 RSUD Dr. Soetomo dinilai oleh surveyor belum siap, maka RSUD Dr. Soetomo tidak diperbolehkan melanjutkan ke tahap *initial survey* di tahun 2017. Kondisi tersebut akan semakin tidak menguntungkan bagi RSUD Dr. Soetomo, karena setelah tahun 2017 akan diterapkan standar akreditasi JCI dengan versi lebih baru dalam setiap *survey* oleh JCI, yang notabene ada perubahan dari standar sebelumnya yang kini tengah berusaha diimplementasikan di RSUD Dr. Soetomo. Sehingga akan timbul kesulitan-kesulitan penyesuaian kembali pada implementasi standar-standar JCI yang baru tersebut.

Dalam rangka menjawab tuntutan perubahan, organisasi harus memiliki strategi perubahan yang tepat dan dilaksanakan secara berkelanjutan sepanjang waktu. Strategi perubahan tersebut harus memperhatikan seluruh faktor penting dalam perubahan, yang terbagi dalam 2 pengelompokan, yakni faktor lunak dan faktor keras dalam manajemen perubahan. Baik faktor lunak maupun faktor keras

dalam manajemen perubahan merupakan hal yang sama pentingnya bagi kesuksesan perubahan yang dituju. Namun seringkali organisasi hanya fokus pada faktor lunaknya saja dan mengabaikan faktor keras, padahal faktor lunak tidak secara langsung mempengaruhi *outcome* dari banyak proyek perubahan. Faktor lunak perubahan diantaranya kepemimpinan, motivasi dan budaya organisasional.

Sirkin (2005, 99) berpendapat dalam jurnalnya:

Pada tahun-tahun ini, banyak manajemen perubahan yang diarahkan pada isu-isu lunak dalam perubahan, seperti budaya, kepemimpinan dan motivasi. Beberapa elemen tersebut penting bagi kesuksesan, namun manage aspek-aspek ini secara sendiri tidaklah cukup untuk mengimplementasikan proyek transformasi. Faktor lunak dalam perubahan tidak mempengaruhi secara langsung *outcome* dari banyak program perubahan. Sebagai contoh: pemimpin yang visioner seringkali vital bagi proyek transformasi, tetapi tidak selalu. Pendapat yang sama bisa juga berlaku pada komunikasi dengan karyawan. Lebih jauh lagi, tidaklah mudah untuk mengubah perilaku atau hubungan, karena hal tersebut telah tertanam jauh dalam organisasi dan orang-orang di dalamnya.

Menanggapi beberapa kelemahan dalam proyek perubahan yang berfokus pada faktor lunak dalam perubahan, Sirkin (2005, 100) kemudian berpendapat bahwa:

Dalam proses perubahan terdapat aspek yang perlu diperhatikan, yakni faktor keras. Pertama, organisasi mampu mengukur faktor-faktor perubahan tersebut, secara langsung maupun tidak langsung. Kedua, faktor-faktor tersebut dapat dikomunikasikan dengan mudah. Ketiga, organisasi dapat mempengaruhi faktor-faktor tersebut dengan cepat.

Faktor-faktor keras dalam perubahan tersebut menurut Sirkin (2005, 98) yakni “...*duration, integrity, commitment* dan *effort* (DICE). Dengan menilai keempat faktor keras tersebut dalam melaksanakan inisiatif perubahan, organisasi dapat mengidentifikasi masalah potensial penghambat perubahan dan membuat beberapa penyesuaian guna kelancaran proses perubahan.”

Pertanyaan terkait elemen *duration* menurut Sirkin (2005, 100) salah satunya membahas tentang apakah proyek perubahan telah direview secara regular. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Dr. Soetomo kepada anggota tim akreditasi, proses *review* terhadap jalannya proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI dilakukan melalui penyusunan jadwal pencapaian target berdasarkan skala prioritas yang telah disusun bersama-sama dengan tim penilai *initial assessment*. Sarana *review* telah ada, namun intensitas rapat pembahasan progres pemenuhan target tersebut dirasa masih belum optimal, karena tim terdiri dari banyak kelompok kerja yang masing-masing dari mereka lebih fokus membahas pemenuhan standar yang telah diamanatkan sesuai pembagian kelompok kerja.

Elemen *integrity* menurut Sirkin (2005, 101) pembahasannya akan berkaitan dengan kapasitas dan kapabilitas tim perubahan juga pertanyaan tentang apakah anggota tim memiliki waktu yang cukup untuk melaksanakan inisiatif perubahan. Bahwa berdasarkan studi pendahuluan kepada tim akreditasi JCI RSUD Dr. Soetomo, yang ditugaskan untuk mengawal proses perubahan dalam rangka pemenuhan standar akreditasi JCI, telah dipilih dari SDM terbaik yang mewakili semua unsur dan struktur organisasi. Sebagian besar dari anggota tim merupakan orang-orang yang memegang posisi penting di departemen kerja asalnya. Hal ini kemudian menimbulkan permasalahan penyelesaian tugas pemenuhan standar akreditasi JCI, karena anggota tim akreditasi JCI tidak memiliki cukup waktu untuk fokus pada penyelesaian proyek perubahan dalam rangka pemenuhan standar akreditasi JCI.

Selanjutnya menurut Sirkin (2005, 102), elemen *commitment* berkaitan dengan dua kelompok pertanyaan, yaitu: Pertama, pertanyaan sejauh mana komitmen pimpinan organisasi dalam proyek perubahan. Kedua, pertanyaan apakah karyawan antusias dan mendukung atau malah khawatir dan obstructif terhadap proyek perubahan. Sedangkan elemen keempat yakni *effort* yang pada intinya menurut Sirkin (2005, 102) berkaitan dengan beban kerja karyawan selama proses perubahan. Dari studi pendahuluan diketahui bahwa RSUD Dr. Soetomo telah mempunyai sistem penghitungan beban kerja, namun beban kerja tim akreditasi tidak diperhatikan dalam kegiatan pemenuhan standar akreditasi JCI. Berdasarkan beberapa hal tersebut keempat faktor keras dalam perubahan inilah yang akan menjadi fokus utama dalam tesis ini.

1.2. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah penilaian atas proyek perubahan dalam rangka pemenuhan standar akreditasi JCI di RSUD Dr. Soetomo berdasarkan faktor keras dalam perubahan, antara lain *duration*, *integrity*, *commitment*, dan *effort* (DICE).

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah menghasilkan penilaian terhadap usaha perubahan yang tengah dilakukan RSUD Dr. Soetomo dalam pemenuhan standar akreditasi JCI. Penilaian tersebut dapat digunakan untuk mengevaluasi jalannya proyek perubahan yang dilaksanakan RSUD Dr. Soetomo.

1.4. Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian ini diantaranya:

1. RSUD Dr. Soetomo dapat mengidentifikasi masalah yang potensial timbul dan menghambat perubahan organisasi untuk pemenuhan standar akreditasi JCI. Hasil identifikasi tersebut selanjutnya dapat digunakan sebagai bahan penyusunan langkah penyesuaian atas perubahan yang telah dilakukan.
2. Sebagai referensi bagi rumah sakit lain dalam melakukan *change management* guna pemenuhan standar akreditasi JCI.

1.5. Sistematika Pembahasan

Sistematika pembahasan penelitian ini terdiri dari enam bab, yakni :

BAB I. PENDAHULUAN

Bab I membahas mengenai latar belakang permasalahan, perumusan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, metodologi penelitian, batasan dan kerangka analisis, sistematika pembahasan, serta hasil analisa.

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

Bab II membahas mengenai teori-teori yang mendukung penelitian ini, diantaranya teori tentang perubahan dalam organisasi, manajemen perubahan, factor keras dalam manajemen perubahan berdasarkan kerangka DICE dan keterangan tentang akreditasi rumah sakit. Pembahasan bab ini meliputi definisi proses, metode yang digunakan, faktor-faktor pendukung.

BAB III. METODE PENELITIAN

Bab III membahas dasar dipergunakannya pendekatan penelitian secara kualitatif dengan klasifikasi penelitian deskriptif eksploratoris. Selanjutnya disampaikan pula metode pengumpulan data, sumber-sumber data dan cara analisa dari data yang terkumpul.

Bentuk penelitian yang ditulis adalah studi kasus organisasi yang perlu mendapat jalan keluar dari hasil analisa lingkungan dan sumber-sumber data, guna memperoleh kesimpulan yang sesuai dengan teori akademis sehingga dipergunakan sebagai langkah tindak lanjut atau perbaikan.

BAB IV. GAMBARAN UMUM OBYEK PENELITIAN

Bab IV menyampaikan keadaan RSUD Dr. Soetomo yang menjadi obyek penelitian, berupa sejarah dan profil organisasi, struktur organisasi dan tata kerja.

BAB V. ANALISIS DAN HASIL PEMBAHASAN PENELITIAN

Dalam bab V dilakukan analisa dan pembahasan atas usaha perubahan yang telah dilakukan di RSUD Dr. Soetomo dengan menggunakan *DICE Framework*. Menerapkan *DICE Framework* untuk mendapatkan *DICE Score* bagi proyek perubahan yang dilakukan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI, sehingga didapat data tingkat kesiapan perubahan RSUD Dr. Soetomo berdasarkan perhatian atas faktor keras manajemen perubahan. Hasil analisa ini dapat dijadikan dasar dalam memberikan rekomendasi kepada pimpinan RSUD Dr. Soetomo dalam melaksanakan proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI.

BAB VI. KESIMPULAN DAN SARAN

Dalam bab ini disajikan kesimpulan hasil penelitian dan saran bagi RSUD Dr. Soetomo dalam melakukan langkah-langkah sukses dalam usaha perubahan menuju rumah sakit terakreditasi internasional oleh JCI.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Perubahan dalam Organisasi

Menurut Tyagi (2000, 15) perubahan organisasi pada dasarnya adalah pengembangan organisasi. Pengembangan organisasi merupakan usaha yang terencana, sistematis, terorganisasi dan kolaboratif di mana prinsip pengetahuan tentang perilaku dan teori organisasi diaplikasikan dengan maksud meningkatkan kualitas kehidupan yang tercermin dalam meningkatkannya kesehatan dan vitalitas organisasi, meningkatkan individu dan anggota kelompok dalam kompetisi dan harga diri, serta semakin baiknya masyarakat pada umumnya. Dalam hal ini, pengembangan organisasi merupakan proses perbaikan yang berkesinambungan. Kotter (2006, 4) berpendapat bahwa: “Perubahan organisasi dilakukan dengan cara menyesuaikan diri pada kecepatan perubahan yang sedang terjadi di eksternal organisasi.”

Menurut Kasali (2007, 15) perubahan organisasi dilakukan agar dapat keluar dari situasi krisis. Organisasi yang berupaya keluar dari situasi krisis memerlukan energi yang besar, pemimpin tim yang kuat, serta cara berpikir yang baru. Kesempatan terbaik dalam melakukan perubahan bukanlah pada saat memasuki masa-masa sulit. Lebih lanjut lagi Kasali (2007, 24) menyatakan bahwa perubahan yang terbaik justru seharusnya dilakukan pada saat perusahaan mengalami kejayaan. Karena pada masa itulah sebenarnya perusahaan memiliki

rasa percaya diri yang besar, memiliki uang yang cukup, serta sumber daya manusia yang tangguh.

2.1.1. Jenis Perubahan

Terdapat beberapa jenis perubahan menurut O'Connor (1993, 32), diantaranya:

1. *Routine*

Menurut O'Connor (1993, 34) perubahan rutin yang terjadi karena telah direncanakan dan dibuat berdasarkan prosedur dari organisasi. Menurut Galpin, (1996, 94) perubahan ini regular dan sistematis, yang pada umumnya terkait dengan pekerjaan dan produksi. Karena perubahan ini terjadi secara periodik, pekerja mengantisipasinya, dan biasanya merasa tertinggal jika tidak mengikutinya.

2. *Improvement*

Perubahan jenis ini bertujuan untuk memberikan keuntungan atau nilai lebih dari apa yang biasanya dilakukan oleh organisasi. Pada dasarnya perubahan ini dibuat di atas prosedur dan aktivitas yang telah ada. Perubahan ini pada umumnya membuat koreksi terhadap kebijakan dan prosedur yang telah dibuat sebelumnya. Dalam hal ini biasanya pekerja merasa terancam dengan perubahan, akan tetapi biasanya dapat memahami alasan perubahan ketika dijelaskan.

3. *Innovative*

Menurut O'Connor (1993, 34), perubahan jenis inovasi ini lebih banyak dilakukan untuk mengubah cara organisasi dalam melakukan bisnis atau

operasionalnya. Menurut Galpin (1996, 102) jenis perubahan ini menuntut pekerja untuk berpikir kembali tentang bagaimana mereka berperilaku dan mengubah pola kerja jangka panjang. Perubahan-perubahan jenis ini biasanya dirancang untuk menuju kebutuhan masa depan organisasi dan mengantisipasi potensi masalah. Dengan kondisi tersebut pekerja mungkin tidak memahami tujuan manajemen dan biasanya menolak untuk menerima perubahan.

Dalam penelitian ini, pelaksanaan akreditasi rumah sakit merupakan perubahan yang mengarah pada jenis pengembangan atau peningkatan di organisasi. Dengan ikutnya rumah sakit pada program akreditasi diharapkan mutu dan kualitas layanan kesehatan di RSUD Dr. Soetomo dapat meningkat.

2.1.2. Saat Perubahan Terjadi

Soerjogoeritno (2004, 45) menjelaskan ada tiga faktor yang mendorong terjadinya perubahan organisasi yaitu:

(1) Jumlah ketidakpuasan dengan kondisi sekarang. Semakin besar rasa ketidakpuasan dengan kondisi sekarang maka akan semakin mendorong untuk melakukan perubahan; (2) Ketersediaan alternatif yang diinginkan. Semakin banyak alternatif yang tersedia yang lebih layak untuk memperbaiki kondisi sekarang menuju kondisi yang lebih baik maka semakin menguntungkan bila melakukan perubahan; (3) Dengan adanya suatu perencanaan untuk mencapai alternatif yang diinginkan dan bila perencanaan yang baik dan sistematis berarti semakin terbuka peluang melakukan perubahan.

2.2. Manajemen Perubahan

Manajemen sebagaimana dirumuskan oleh Jones (2000, 5) sebagai berikut: *“The planning, organizing, leading and controlling of resources to achieve organizational goals effectively and efficiently.”* Pengertian manajemen

yang dirumuskan oleh Jones adalah pengertian manajemen yang lazim digunakan dan disepakati oleh sebagian besar tokoh manajemen, yaitu perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan penggunaan sumber daya dalam rangka mencapai tujuan organisasi secara efektif dan efisien. Pendapat lain disampaikan tentang pengertian manajemen sebagaimana disampaikan Robbin (1999, 6) yaitu: “Manajemen sebagai suatu proses untuk membuat aktivitas terselesaikan secara efisien dan efektif melalui orang lain.”

Perubahan pada dasarnya melakukan segala sesuatu secara berbeda. Jeff Davidson (2009, 3) menjelaskan bahwa:

Perubahan merujuk pada terjadinya sesuatu yang berbeda dengan sebelumnya. Perubahan bisa juga bermakna melakukan hal-hal dengan cara baru, mengikuti jalur baru, mengadopsi teknologi baru, memasang sistem baru, mengikuti prosedur-prosedur manajemen baru, penggabungan (*merging*), melakukan reorganisasi, atau terjadinya peristiwa yang bersifat mengganggu (*disruptive*) yang sangat signifikan.

Sedangkan Potts dan La Marsh (2004, 36) melihat bahwa:

Perubahan merupakan pergeseran dari keadaan sekarang suatu organisasi menuju keadaan yang diinginkan di masa depan. Perubahan dari keadaan sekarang tersebut dilihat dari struktur, proses, orang dan budaya. Perubahan lembaga dibatasi pada aspek struktur organisasi, proses, orang dan budaya organisasi.

Setelah dijelaskan pengertian manajemen dan perubahan, selanjutnya dirumuskan pengertian manajemen perubahan. Menurut Winardi (2011, 8) manajemen perubahan adalah: “...upaya yang ditempuh manajer untuk mengelola perubahan secara efektif, dimana diperlukan pemahaman tentang persoalan, motivasi, kepemimpinan, kelompok, konflik, dan komunikasi.”

Perusahaan atau organisasi dituntut untuk dapat berubah dan menyesuaikan dengan perubahan agar dapat terus bertahan dan berkembang

dalam menjalankan bisnis atau operasionalnya. Dengan demikian organisasi harus mempunyai strategi perubahan yang tepat yang dilaksanakan secara berkelanjutan sepanjang waktu. Organisasi pemerintah juga mengalami situasi sama yang menuntut perubahan berkelanjutan, sebagaimana pendapat Hamlin (2001, 14):

Dengan adanya pengaruh dari tata kelola pemerintahan yang baik di sektor publik, pemerintah negara-negara mulai berpikir kembali tentang peran dan posisinya di pasar, menginisiasi deregulasi, privatisasi dan devolusi dan melakukan segala macam bentuk perubahan yang dibutuhkan.

Definisi manajemen perubahan menurut Karen Coffman dan Katie Lutes (2007, 25) menjelaskan bahwa: “Manajemen perubahan adalah sebuah pendekatan terstruktur yang membantu organisasi dan orang-orang di dalamnya untuk transisi secara perlahan tapi pasti dari keadaan sekarang menuju ke keadaan yang diinginkan.”

Definisi lain tentang manajemen perubahan menurut Holger Nauheimer (2007, 13) sebagai berikut:

Manajemen perubahan dapat digambarkan sebagai proses, alat dan teknik untuk mengatur proses perubahan pada sisi orang untuk mencapai hasil yang diperlukan dan untuk merealisasikan perubahan secara efektif melalui agen perubahan, tim dan sistem yang lebih luas. Oleh karena itu, perubahan perlu dikenal, dipahami, dikelola, dan bahkan diciptakan untuk meningkatkan kinerja dan mencapai tujuan yang diharapkan, baik oleh individu, kelompok, maupun organisasi.

Menurut Wibowo (2008, 14) manajemen perubahan adalah: “...suatu proses secara sistematis dalam menerapkan pengetahuan, sarana dan sumber daya yang diperlukan untuk mempengaruhi perubahan pada orang yang akan terkena dampak dari proses tersebut.”

2.3. *Hard Factors dan Soft Factors dari Manajemen Perubahan*

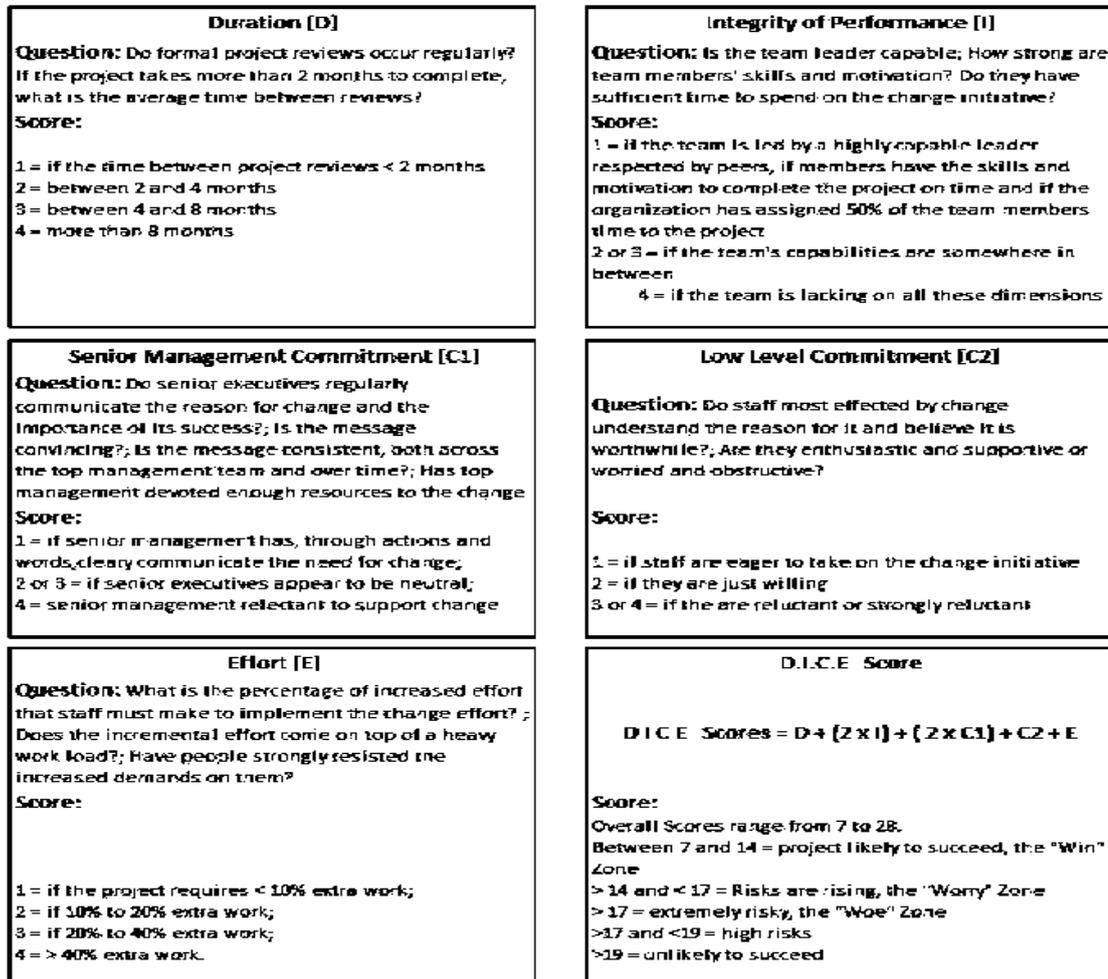
Sirkin (2005, 98) berpendapat bahwa “memanajementi usaha perubahan merupakan hal yang sulit karena tidak ada kesepakatan tentang faktor apa yang paling mempengaruhi kesuksesan perubahan. Di saat faktor lunak perubahan seperti kepemimpinan, motivasi dan budaya organisasional merupakan hal penting dalam memanajementi perubahan, faktor keras lah yang menjadi poin krusial selama proses perubahan.” Sirkin (2005, 99) kemudian berpendapat bahwa: “...usaha perubahan akan gagal sebelum elemen-lernen lunak mulai berjalan atau dilaksanakan jika organisasi tidak memperhatikan faktor keras terlebih dahulu.” Menurut Sirkin (2005, 99) faktor keras punya 3 karakteristik berbeda diantaranya: “(1) organisasi dapat mengukur faktor-faktor ini baik secara langsung maupun tidak langsung; (2) organisasi dapat secara mudah mengkomunikasikan pentingnya faktor-faktor ini; dan (3) perusahaan mampu mempengaruhi elemen-elemen tersebut secara cepat.”

Baik faktor lunak maupun faktor keras dari manajemen perubahan merupakan hal yang sama pentingnya bagi kesuksesan perubahan yang dituju. Namun Sirkin (2005, 98) dalam jurnalnya menyatakan bahwa: “Seringkali perusahaan hanya fokus pada faktor lunaknya saja dan mengabaikan faktor keras, padahal faktor lunak tidak secara langsung mempengaruhi *outcome* dari banyak proyek perubahan.” Faktor keras manajemen perubahan menurut Sirkin (2005, 98), diantaranya: *Duration, Integrity, Commitment, Effort* disusun dalam satu kerangka konsep yakni *DICE Framework*. Dengan menilai elemen-elemen DICE sebelum meluncurkan inisiatif perubahan, kita dapat mengidentifikasi masalah

potensial dan membuat beberapa penyesuaian terhadap hal tersebut. Kita juga dapat menilai DICE setelah proyek resmi dijalankan guna membuat koreksi-koreksi terhadap inisiatif yang tidak sesuai. Faktor keras manajemen perubahan di atas tidaklah membuat faktor lunak menjadi tidak penting, karena menurut Sirkin (2005, 100): “Apabila perusahaan tidak memperhatikan faktor keras terlebih dahulu maka proyek tidak akan berprogres sebelum elemen-elemen lunak mulai berperan dalam perubahan.”

Sirkin mengembangkan *DICE Framework* yang akan membantu eksekutif untuk mengevaluasi inisiatif transformasi mereka dan mengungkap titik-titik yang perlu diberikan intervensi agar meningkatkan kemungkinan kesuksesan perubahan. Kerangka di atas diwujudkan dalam bentuk sistem *scoring* berdasarkan variabel yang mempengaruhi setiap faktor (*DICE Score*). Walaupun penilaian bersifat subjektif, namun sistem ini memberikan organisasi sebuah kerangka yang objektif untuk membuat keputusan-keputusan yang diperlukan. Lebih jauh lagi, mekanisme *scoring* memastikan bahwa eksekutif benar-benar tengah mengevaluasi proyek dan melakukan langkah-langkah yang lebih konsisten terhadap proyek-proyek.

Gambar II.1
DICE Framework



Sumber: Jurnal *"The Hard Side of Change Management"* oleh Harold Sirkin

2.4.1. Duration

Kesalahan paling sering ditemukan dalam masalah waktu adalah banyak organisasi yang menganggap bahwa semakin lama program perubahan memerlukan waktu, maka semakin besar kemungkinan kegagalan akan terjadi. Hal ini merupakan pendapat yang salah karena perubahan yang dipaksakan untuk cepat selesai atau terburu-buru justru yang menimbulkan potensi besar kegagalan.

Karena proyek perubahan jangka panjang yang terus menerus direview akan lebih sukses daripada proyek perubahan jangka pendek yang tidak direview. Periode *review* tergantung dari kebutuhan, dipandang dari seberapa sering *review* harus dilakukan.

Tujuan dilakukannya *review* adalah mengumpulkan secara periodik laporan formal yang berisi status proyek perubahan. Maksud dari laporan ini adalah menyediakan informasi yang sistematis dan obyektif tentang proyek perubahan yang kemudian akan digunakan sebagai dasar dalam memberikan saran atas *progress* dan permasalahan yang terjadi pada proyek perubahan organisasi.

Seringkali perubahan pada organisasi berskala besar terjadi dengan sangat kompleks sehingga tidak mungkin secara sekilas dapat menentukan *progress* sesungguhnya yang telah dicapai. Harrington (2000, 129) berpendapat bahwa untuk suksesnya proyek perubahan perlu dilakukan hal-hal sebagai berikut:

Manajer proyek menetapkan tujuan-tujuan yang jelas, kemudian membuat implementasinya, dan mengalokasikan sumber daya untuk membuat rencana perubahan terwujud. Mengumumkan maksud dari perubahan dan mengadakan rapat-rapat, merubah fasilitas, menyediakan insentif, membeli sarana dan prasarana. Tetapi apakah ada *progress* substantif yang telah dibuat melalui pencapaian tujuan-tujuan proyek secara tepat waktu, sesuai anggaran, dan dalam tingkat kinerja yang diperlukan? Seringkali, para manajer mengeluh bahwa mereka tidak mengetahui permasalahan apa saja terkait perubahan sampai muncul adanya krisis.

Serangkaian evaluasi yang didesain khusus, berdasarkan *success factors* yang ditentukan di awal proyek, dilaporkan secara periodik kepada orang-orang kunci di organisasi. Melacak proyek perubahan dengan cara ini memungkinkan tim untuk mengidentifikasi permasalahan lebih awal dan mengalokasikan sumber daya untuk mengarahkan resistensi atau penghambat implementasi lainnya keluar

dari proses perubahan. Dengan cara ini, krisis bisa dihindari dan perubahan bisa diimplementasikan lebih efektif dan efisien.

Ada saatnya ketika pemimpin organisasi perlu mempertimbangkan untuk menginstitutionalkan proses *review* terhadap proyek perubahan sehingga proses perubahan tetap berjalan meskipun organisasi tengah menyelesaikan kewajiban atau proyeknya yang lain. Hal tersebut dilakukan dengan cara membuat kebijakan, sistem dan struktur yang formal tentang *review* atau *monitoring* atas perubahan. Menginstitutionalkan perubahan perlu dilakukan pada saat yang tepat, merujuk pada pandangan Beer (2001, 92) sebagai berikut:

Langkah menginstitutionalkan perubahan haruslah pada saat pendekatan baru telah mengakar, orang-orang telah diposisikan sesuai tempatnya dan organisasi tim telah berdiri dan berjalan. Perubahan sistem dan struktur yang tergesa-gesa tanpa memperhatikan posisi yang telah *settle* tentang hal-hal tersebut justru akan menjadi boomerang bagi organisasi.

Menjadwal momentum, atau diartikan sebagai momen penting bagi organisasi, dan menilai dampak momentum tersebut merupakan cara terbaik yang dapat dilakukan para eksekutif dalam menilai jalannya proyek, mengidentifikasi *gap* dan menemukan risiko baru. Momentum yang paling penting adalah yang dapat mendeskripsikan aksi atau raihan yang besar atas aktivitas harian. Eksekutif senior haruslah pihak yang mensponsori proyek untuk mengkonfirmasi bahwa proyek telah membuat *progress* sejak *review* terakhir dilakukan.

Momentum tersebut kemudian akan dimanfaatkan sebagai *milestone* guna memacu semangat tim dan seluruh karyawan untuk terus memastikan langkah perubahan berjalan sesuai jalurnya. Apabila *milestone* dirasa sulit untuk dicapai dalam jangka waktu yang telah ditentukan, tim perubahan harus bisa

memahami mengapa hal tersebut terjadi, mengambil langkah korektif dan belajar dari pengalaman untuk mencegah masalah tersebut berulang di masa depan.

Review terhadap *milestone* merupakan hal yang penting untuk dilakukan, sebagaimana pendapat Sirkin (2005, 3) sebagai berikut:

Menjadwal *milestone* dan menilai dampak *milestone* tersebut merupakan cara terbaik yang bisa eksekutif lakukan untuk mereview eksekusi proyek perubahan, mengidentifikasi *gap* dan menemukan risiko-risiko baru. *Milestone* yang paling efektif adalah yang mendeskripsikan aksi dan capaian bukan aktivitas-aktivitas harian semata.

Mereview milestone harus dilakukan dengan cara yang formal, selama didukung oleh manajer senior, untuk selanjutnya tim perubahan mengeluasi performa terakhir dari semua dimensi yang menjadi penyebab kesuksesan dan kegagalan. Hal-hal yang wajib direview oleh tim perubahan diantaranya: Apakah *milestone* yang dicapai memberikan dampak bagi organisasi?; Permasalahan apa saja yang menghambat tercapainya *milestone*?; dan bagaimana pencapaian *milestone* tersebut dapat mempengaruhi tahap selanjutnya dari proyek perubahan?. Tim perubahan juga harus memiliki pengaruh untuk menentukan kelemahan-kelemahan organisasi, dan bila perlu tim perubahan bisa mempengaruhi proses untuk perbaikan, mendorong pada sumber daya yang lebih baik, dan menyarankan arah tujuan yang baru. Dalam rapat-rapat tersebut, eksekutif senior harus memberikan perhatian khusus pada dinamika yang terjadi dalam diskusi tim, perubahan-perubahan pada persepsi organisasi tentang inisiatif perubahan dan kemudian mengkomunikasikannya ke pimpinan teratas dari organisasi.

Kotter (2006, 4) dalam jurnalnya menyebut bahwa: “Transformasi yang memerlukan waktu dan upaya pembaharuan berisiko kehilangan momentum jika

tidak ada *short-term goal* yang dituju dan dirayakan.” Lebih lanjut Kotter (2006, 6) menyatakan bahwa: “Tanpa *short-term wins*, banyak orang akan menyerah dan menjadi resisten akan perubahan. Membuat *short-term wins* berbeda dengan berharap akan *short-term wins*. Membuat *short term wins* merupakan langkah aktif sedangkan berharap saja merupakan langkah pasif.”

Dari hasil penelitiannya, Kotter (2006, 7) mengemukakan bahwa: “Para manajer seringkali mengeluhkan paksaan yang mereka terima untuk menciptakan *short-term wins*, tetapi saya menemukan bahwa tekanan bisa menjadi elemen yang penting dalam usaha perubahan.” Ketika telah jelas bagi setiap orang bahwa perubahan mayor akan memakan waktu yang lama, maka urgensi perubahan akan turun levelnya, seperti pendapat Kotter (2006, 7): “Komitmen-komitmen untuk menciptakan *short-term wins* membantu menjaga urgensi tersebut pada level yang penting dan memaksa pemikiran analitik yang dirincikan bisa mengklarifikasi atau merevisi visi-visi.”

Menciptakan *short term wins* memerlukan usaha dan langkah yang tepat. Oleh karena itu beberapa ahli dalam literatur terkait lain membahas bagaimana *short term wins* dapat diraih. Salah satunya Cowley (2007, 30) yang berpendapat bahwa: “*Short-term wins* dapat dicapai apabila organisasi memastikan sinyal dari manajer senior dikomunikasikan dengan tujuan untuk menciptakan akuntabilitas karyawan yang berkelanjutan.” Para ahli lain memiliki pandangan atau cara yang lain dalam melancarkan terciptanya *short-term wins* ini, salah satunya Leybourne (2006, 95) yang berpendapat bahwa *short-term wins* dapat dicapai melalui: “..memungkinkan adanya sanksi dan/ atau improvisasinya yang bisa menyediakan

cara baru dalam melengkapi tugas ketika sumber daya terbatas dalam hal waktu, material, ketenagaan, dll.” Pendapat Leybourne ini didasarkan pada pemikiran bahwa banyak organisasi memberikan kesempatan bagi karyawannya untuk bereksperimen dengan cara baru yang inovatif dan diharapkan akan menjadi cara yang lebih efektif dalam mengeksekusi pekerjaan.

2.4.2. *Integrity*

Berbicara tentang integritas kinerja yang dimaksud disini diartikan sebagai tingkat dimana perusahaan dapat mengandalkan tim perubahan, manajer, supervisor, dan staf untuk mengeksekusi proyek perubahan secara sukses. Untuk suksesnya proyek perubahan, perusahaan harus mengalokasikan SDM terbaiknya pada program perubahan dimaksud tetapi tetap memastikan bahwa operasional harian tidak terganggu. Beer (2001, 91) menyampaikan hasil penelitiannya dalam jurnal sebagai berikut: “Pengalaman dari banyak perusahaan yang mengimplementasikan program perubahan, ditemukan bahwa karyawan mendapatkan beban kerja tambahan untuk memastikan pekerjaan harian terselesaikan dengan baik.” Oleh karena tim perubahan diberikan tugas dan tanggung jawab yang berat dan harus menangani sekian banyak aktivitas, sumber daya, tekanan pekerjaan, stimuli eksternal dan hambatan-hambatan yang tak terlihat, maka tim harus kohesif dan diarahkan/ dipimpin dengan baik.

Dalam melaksanakan tugasnya, tim perubahan harus diberikan aturan-aturan, komitmen dan akuntabilitas yang jelas. Tim perubahan wajib memiliki pemimpin dan komposisi anggota yang baik. Eksekutif senior organisasi

sendirilah yang harus mewawancarai secara personal anggota tim sehingga bisa menyusun portofolio yang tepat tentang *skill*, pengetahuan, dan jaringan sosial. Eksekutif senior juga wajib memutuskan siapa saja anggota tim yang harus berkomitmen penuh dalam memberikan kontribusi berupa waktu dan tenaga pada proyek perubahan, atau jika tidak, eksekutif senior harus menyampaikan kepada anggota tim untuk mengalokasikan waktu atau hari khusus untuk mengerjakan tugas-tugas terkait proyek perubahan. Selain itu, untuk meningkatkan kinerja tim, eksekutif senior juga harus mengumumkan parameter penilaian kinerja tim dan cara evaluasinya sesuai dengan mekanisme penilaian kinerja yang umumtengah berjalan diorganisasi.

Para ahli juga menyebut tim perubahan dengan istilah *change agent*, dimana pengertian *change agent* menurut Tschirky (2011, 4) adalah: “...individu atau grup yang melaksanakan tugas yang berkaitan dengan inisiatif dan memanajemeni perubahan dalam organisasi.” Beberapa ahli menetapkan faktor-faktor karakteristik *change agent* yang efektif, sebagaimana dirangkum dalam jurnal *Managing Change: The Role of The Change Agent* oleh Lunenburg (2010, 4) sebagai berikut:

1. *Hemophily*
Semakin mirip *change agent* dan karyawan, maka kemungkinan kesuksesan *change agent* akan semakin besar. Kesamaan tersebut akan membuat *change agent* dapat diterima oleh karyawan dan *change agent* lebih memahami karyawan.
2. *Empathy*
Empati merupakan kemampuan untuk memahami perasaan orang lain. Empati mendorong pada perbaikan komunikasi dan pemahaman antara *change agent* dan anggota organisasi.
3. *Linkage*
Berkaitan dengan cakupan manakah *change agent* dan anggota organisasi diikat bersama dalam aktivitas kolaboratif. Semakin besar

keterlibatan kolaboratif (semakin kuat *linkage*), semakin besar kemungkinan *change agent* akan sukses.

4. *Proximity*
Hal ini berkaitan dengan kedekatan fisik dan psikologis dari *change agent* dan anggota organisasi. Semakin besar *proximity* tersebut, maka semakin besar peluang sukses *change agent*.
5. *Structuring*
Faktor ini berkaitan dengan kemampuan *change agent* dan anggota organisasi untuk memperjelas rencana dan mengorganisasi aktivitas mereka dengan mempertimbangkan usaha perubahan.
6. *Capacity*
Faktor ini merupakan karakteristik dari organisasi. Faktor ini merujuk pada kemampuan organisasi untuk menyediakan sumber daya yang dibutuhkan guna suksesnya usaha perubahan. Suatu usaha perubahan yang sukses memerlukan sumber daya yang cukup.
7. *Openness*
Karakteristik ini mengacu pada tingkat dimana *change agent* dan anggota organisasi mau untuk mendengar, merespon, dan dipengaruhi oleh orang lain.
8. *Reward*
Reward merujuk pada hakikat dan variasi dari *outcome* positif yang potensial didapat *change agent* dan anggota organisasi. Usaha perubahan harus didesain sehingga karyawan diberikan penghargaan karena mau berubah sesuai arah yang dituju.
9. *Energy*
Energy mengacu pada jumlah usaha fisik dan psikologis yang *change agent* dan anggota organisasi mau dan mampu keluarkan untuk usaha perubahan. Ketika permasalahan harian sangat menekan dan memakan *energy* semua karyawan, maka hal tersebut akan menghilangkan *energy* yang bisa mereka arahkan untuk usaha perubahan.
10. *Sinergy*
Karakteristik ini mengacu pada efek positif yang memperkuat, dimana 9 faktor sebelumnya punya keterkaitan satu sama lain. Secara lebih spesifik, sinergi melibatkan keragaman orang, sumber daya, *energy*, dan aktivitas dalam menginteraksikan usaha perubahan yang secara mutual mendukung kesuksesan.

Biasanya pemimpin tim yang baik memiliki kemampuan penyelesaian masalah yang baik, berorientasi pada hasil, mempunyai metode dalam pendekatan mereka tetapi toleran terhadap ambiguitas, mengerti betul organisasi, bersedia menerima tanggung jawab untuk mengambil keputusan dan disamping sangat

termotivasi juga tidak berusaha menjadi pusat perhatian. Banyaknya persyaratan tersebut penting bagi pimpinan organisasi karena kepemimpinan yang kuat dalam organisasi menurut Beer (2006, 110) adalah "...penting guna mendorong konsensus pencapaian visi baru, menyiapkan kompetensi untuk menjalankan visi dan kohesi untuk mengembangkan visi.

Selain tugas mengarahkan karyawan atas pekerjaannya, menurut Garvin (2000, 14) pemimpin juga perlu: "...menyampaikan pesan-pesan kepada tim tentang optimisme dan realisme yang membuat karyawan merasa diperhatikan, selain membuat rencana perubahan yang dilaksanakan." Pesan tentang optimisme yang dibarengi dengan bukti keberhasilan-keberhasilan secara bertahap (*short-term wins*) akan membuat karyawan merasa bahwa proyek perubahan memang layak untuk diperjuangkan. Sedangkan perihal realisme yang disampaikan oleh manajer kepada stafnya yakni seputar masalah atau kesulitan merupakan hal lumrah yang harus dihadapi karyawan selama proyek perubahan berlangsung.

Dalam menjaga integritas pemimpin organisasi dan tim perubahan, organisasi perlu mengembangkan *shared vision* tentang bagaimana cara mengorganisasi yang meningkatkan daya saing. Beer (2006, 114) berpendapat bahwa:

Ketika tim perubahan berkomitmen tentang suatu analisa masalah tertentu, pimpinan organisasi dapat memimpin karyawan melalui tugas-tugas yang selaras dengan visi organisasi, yang mana visi tersebut memunculkan peran-peran dan tanggung jawab baru. Pengaturan ini akan mengkoordinasi alur informasi dan pekerjaan melalui fungsi-fungsi interdependen di semua level organisasi.

Pimpinan memegang peranan penting dalam jalannya proyek perubahan. Noer (1997, 24) berpendapat bahwa: "Pemimpin, sebagai individu, merupakan

alat terpenting dalam perubahan. Semangat, *insight*, kebijaksanaan, nilai-nilai dan kemampuan belajar dari pemimpin merupakan aspek penting untuk memimpin orang lain dalam merangkul dan mendesain ulang perubahan. Galpin (1996, 3) mengajukan langkah-langkah strategis yang diperlukan pemimpin untuk efisiensi proses perubahan, diantaranya:

1. Menetapkan perlunya perubahan.
2. Mengembangkan visi sebagai hasil dari perubahan.
3. Mendorong tim untuk mendesain, menguji dan mengimplementasikan perubahan.
4. Mengarahkan aspek-aspek kultural organisasi yang membantu dan menjaga perubahan.

Manajer juga memegang peranan yang penting bagi kesuksesan jalannya perubahan, seperti pendapat Kotter (2006, 8) yang menyatakan bahwa: “Dalam perubahan yang sukses, manager secara aktif melihat peluang cara bagaimana kinerja ditingkatkan, menetapkan tujuan dalam sistem perencanaan tahunan, mengejar *objective* yang telah ditentukan, dan memberi *reward* bagi orang-orang yang turut andil dalam perubahan.”

2.4.3. *Commitment*

Perusahaan harus meningkatkan komitmen dari dua grup yang berbeda jika ingin proyek perubahan menasar sampai akar perusahaan. Dua grup tersebut yakni: Pertama, mereka harus mendapatkan *back up* dari eksekutif yang paling berpengaruh (disebut dengan C_1). Eksekutif senior tersebut tidak harus orang dengan titel jabatan tertinggi, namun yang betul-betul punya pengaruh besar pada perusahaan. Kedua, perusahaan harus mendapatkan dukungan dari orang-orang

yang akan berhadapan dengan sistem, proses atau cara kerja yang baru, karena perubahan yang diinisiatifkan (disebut dengan C₂).

Para ahli menyatakan bahwa perubahan mayor merupakan hal yang mustahil kecuali pimpinan organisasi menjadi pendukung yang aktif. Kesuksesan perubahan melibatkan hal yang lebih besar daripada hanya sekedar dukungan pimpinan organisasi. Dalam perubahan yang sukses, komisaris, direksi maupun *general manager*, dan beberapa orang pilihan yang dikumpulkan dalam satu tim bersama-sama mengembangkan komitmen bersama menuju kinerja terbaik melalui pembaharuan. Kotter (2006, 5) menyampaikan pengalamannya dalam jurnalnya sebagai berikut: “Dalam pengalaman saya, tim perubahan dan pendukungnya tidak pernah hampir kesemuanya merupakan eksekutif senior. Namun dalam kasus perubahan yang paling sukses, tim perubahan dan pendukungnya merupakan tim yang kuat dalam hal jabatan, informasi, keahlian, reputasi dan jaringan.”

Guna memastikan kesuksesan proyek perubahan, menurut Cowley (2007, 27) membangun koalisi untuk perubahan dapat dilakukan dengan cara: “...menunjukkan keterlibatan pemimpin senior organisasi, baik dalam jalur informasi formal maupun informal.” Dalam kasus perubahan yang sukses, para eksekutif menggunakan semua *channel* komunikasi yang mungkin bisa dipakai untuk menyampaikan informasi. Bahkan mungkin melalui *channel* komunikasi yang biasa dipakai untuk mengkomunikasikan informasi lain yang tidak berkaitan secara langsung dengan visi organisasi. Terdapat beberapa rekomendasi ahli dalam mengkomunikasikan informasi terkait visi baru organisasi, pekerjaan-

pekerjaan baru dan perubahan-perubahan lainnya, salah satunya Hoover (2008, 37-44) yang berpendapat: “Mengkomunikasikan perubahan dalam organisasi dapat dilakukan dengan cara membangun aktualisasi perilaku dan persepsi.”

Pimpinan perusahaan wajib terus-menerus memantau kondisi perusahaan (secara internal maupun terhadap eksternal), yang kemudian informasi hasil pantauan tersebut dikomunikasikan disertai dengan pemberian motivasi. Tanpa motivasi, tidak akan ada bantuan dari seluruh unsur perusahaan, dan usaha tidak akan berhasil. Apabila individu-individu yang memimpin perubahan bukanlah pemimpin baru, pemimpin yang baik, atau *change champion*, perubahan bisa menjadi tantangan yang sangat besar.

Kim (2003, 4) berpendapat bahwa kepemimpinan yang sukses melaksanakan perubahan akan melibatkan 4 langkah proses. Langkah pertama yakni pimpinan organisasi wajib meyakinkan orang-orang tentang pentingnya perubahan. Meyakinkan kepada orang-orang tentang pentingnya perubahan tidak hanya cukup dengan mengatakan bahwa perubahan akan membawa pada organisasi yang lebih baik. Kim (2003, 4) berpendapat bahwa: “Pimpinan harus menempatkan para manajer kunci untuk berhadapan langsung dengan masalah-masalah operasional sehingga para manajer tidak akan mengelak pada kenyataan perlunya perubahan.” Langkah kedua yakni bagaimana komitmen pemimpin untuk mengalokasikan sumber daya untuk proses perubahan. Ketika orang-orang telah menerima alasan pentingnya perubahan dan sedikit banyak setuju tentang apa yang perlu dilakukan, pemimpin seringkali dihadapkan pada kenyataan tentang terbatasnya sumber daya. Salah satu kendala sumber daya yang paling

umum dihadapi yakni kendala sumber dana. Namun Kim (2003, 5) memberikan saran bahwa: “Pemimpin yang sukses akan mengkonsentrasikan sumber dananya yang terbatas pada tempat-tempat yang benar-benar memerlukan perubahan dan yang paling besar peluang sukses perubahannya.” Langkah ketiga yakni memperingatkan karyawan tentang pentingnya perubahan dan mengidentifikasi bagaimana hal tersebut dapat diraih. Menurut Kim (2003, 6): “Pimpinan harus dapat mendorong karyawannya agar tidak hanya mengenali perubahan, namun juga mau melaksanakan perubahan-perubahan dimaksud.” Langkah keempat yakni selalu terdapat pihak-pihak berpengaruh yang resisten terhadap perubahan. Pihak-pihak ini akan semakin menjadi-jadi resistensinya ketika langkah-langkah perubahan mulai dijalankan. Oleh karena itu saran Kim (2003, 7) tentang resistensi ini adalah:

Pimpinan organisasi harus mampu mengidentifikasi orang-orang tersebut (resisten terhadap perubahan) jauh-jauh hari sebelum langkah perubahan diluncurkan, selain memastikan selalu terdapat orang kepercayaan dalam setiap divisi atau tim yang sejalan visinya dengan apa yang telah pimpinan tetapkan terkait perubahan organisasi.

Perusahaan seringkali meremehkan peran manajer dan staf dalam proses transformasi. Pola-pola kesalahan dalam mengkomunikasikan perubahan menurut Kotter (2006, 6) diantaranya: “ 1) Tim perubahan tidak mengembangkan visi perubahan yang baik dan hanya mengkomunikasikan visi tersebut secara sederhana atau biasa-biasa saja; 2) Terlalu banyak komunikasi perubahan namun tidak berguna.” Dengan inkonsistensi atau terlambatnya komunikasi kepada mereka yang resisten, berarti eksekutif senior telah mengesampingkan orang-orang yang akan paling terpengaruh terhadap proyek perubahan. Komunikasi

yang jelas dan konsisten kepada seluruh manajer dan staf sangat penting dalam rangka menghindari mispersepsi yang potensial berujung pada kebingungan dan bahkan ketidakpercayaan terhadap usaha perubahan yang tengah dilakukan. Organisasi harus percaya pada kemampuannya dalam membangun dukungan dari staf (manajer dan karyawan) dan menemukan cara tersendiri yang paling efektif untuk menyampaikan pentingnya perubahan yang kemudian akan mendorong terciptanya momentum perubahan yang tepat.

Ketika tiba waktunya memvisualisasi dan mengimplementasikan perubahan, supervisor atau jabatan setara *middle manager* lainnya berada di posisi yang unik dalam organisasi. Mereka dekat dengan operasional harian, kastemer, dan karyawan di garis depan pelayanan, sehingga mereka lebih tahu dengan baik dimana letak permasalahan dibanding siapapun di organisasi. Namun mereka juga berada di posisi yang jauh dari apa yang dilakukan divisi lain dalam organisasi sehingga mereka tidak mempunyai gambaran besar tentang permasalahan sesungguhnya, yang memungkinkan mereka melihat alternatif-alternatif lain, baik guna penyelesaian masalah maupun peningkatan kinerja. Oleh karena itu pimpinan perusahaan perlu mendengarkan keluhan dan saran dari supervisor yang mengerti betul permasalahan, disamping memberikan penjelasan dan arah perubahan secara holistik organisasi kepada mereka. Pemimpin yang tidak mendengarkan dengan baik para supervisor karyawan mereka akan memperkecil peluang kesuksesan perubahan mereka, seperti pendapat Huy (2002, 31) sebagai berikut:

Ketika para senior eksekutif mengetahui bahwa *middle managers* menolak perubahan dan senior eksekutif hanya pura-pura mendengarkan,

maka *middle managers* pada gilirannya belajar bahwa mereka juga tidak akan didengar. Sehingga para *middle managers* akan menyembunyikan semua usaha yang mereka lakukan (untuk membuat perubahan) karena mereka tahu akan mendapatkan penalti jika gagal.

Ditambah lagi ketika pimpinan organisasi memutuskan menggunakan jasa konsultan, untuk memberikan langkah-langkah penyelesaian permasalahan dalam perubahan. Seringkali ide yang diberikan *middle managers* tidak jauh berbeda dengan apa yang konsultan sarankan, hanya saja saran dari konsultan punya kemasan dan format-format yang lebih menarik bagi pimpinan organisasi dan manajer senior. Dan kemudian, meskipun ide-ide *middle managers* tersebut telah benar-benar dijalankan dan sukses diimplementasikan, *middle managers* tidak mendapatkan perhatian atas ide-idenya sehingga semakin memperburuk resistensi mereka terhadap proyek perubahan.

Apabila karyawan merasa didukung untuk mencapai perubahan oleh pimpinan teratas organisasi maka perubahan akan berjalan dengan baik. Namun dalam praktiknya, kadang kala eksekutif senior enggan untuk mendukung inisiatif-inisiatif perubahan dimaksud. Hal tersebut dapat dipahami karena seringkali perubahan yang mereka bawa mungkin akan berpengaruh negatif terhadap pekerjaan dan kehidupan karyawan. Bagaimanapun, bila eksekutif senior tidak mengkomunikasikan pentingnya perubahan dan apa artinya bagi karyawan, hal tersebut akan membahayakan proyek perubahan dimaksud.

Karyawan perlu didorong untuk mencoba pendekatan perubahan yang baru, mengembangkan ide-ide dan kemampuan *leadership*. Semakin banyak yang terlibat dalam mengembangkan ide dimaksud, maka perubahan akan menjadi sukses. Proses pembaruan juga harus ada melengkapi komunikasi dalam proses

perubahan dengan tujuan untuk membuang hambatan-hambatan. Hambatan-hambatan tersebut menurut Kotter (2006,7) diantaranya:

- 1) Kategori pekerjaan yang terlalu *narrow*;
- 2) Lebih memilih kompensasi yang diterima saat ini ketimbang perubahan;
- 3) Secara jelas menolak perubahan;
- 4) Hanya berbicara tentang perubahan, namun tidak dilakukan dengan sungguh-sungguh;
- 5) Dan alasan-alasan lain, yang beberapa diantaranya bersifat kompleks.

Mendorong karyawan bekerja sesuai visi organisasi menurut Cowley (2007, 26) dapat dilakukan dengan cara: "...menunjukkan keterlibatan pemimpin senior organisasi baik dalam jalur informasi formal maupun informal dan mengkomunikasikan secara spesifik informasi tertentu dengan mempertimbangkan hasil yang diharapkan, *time tables*, dan perubahan karyawan." Sedangkan Leybourne (2006, 74) berpendapat bahwa untuk mendorong karyawan bekerja sesuai visi organisasi maka: "...organisasi harus memungkinkan improvisasi bentuk sanksi yang diberikan (secara sah), yang bisa menyediakan cara baru untuk melengkapi tugas-tugas ketika sumber daya yang tersedia terbatas (waktu, material, ketenagaan, dll.)."

Pengukuran terhadap komitmen C_1 akan berkaitan dengan pertanyaan-pertanyaan seputar: Apakah para eksekutif secara berkala mengkomunikasikan alasan dan pentingnya kesuksesan perubahan tersebut?; Apakah pesan-pesan yang disampaikan kepada seluruh komponen organisasi meyakinkan?; Apakah pesan tersebut konsisten, baik ke seluruh komponen organisasi juga konsisten dari waktu ke waktu?; Apakah manajemen puncak telah mengalokasikan cukup sumber daya untuk melaksanakan program perubahan?.

2.4.4. *Effort*

Ketika perusahaan meluncurkan usaha perubahan, seringkali mereka tidak menyadari atau mengetahui bagaimana harus menghadapi fakta bahwa karyawan telah disibukkan dengan tanggung jawab yang sehari-hari harus mereka selesaikan. Oleh karena itu tim perubahan harus menghitung seberapa banyak beban kerja karyawan di luar tanggung jawab harian yang mereka emban saat ini. Perusahaan harus memutuskan apakah perlu mengurangi beban pekerjaan harian karyawan tertentu yang memiliki peran kunci pada proyek perubahan. Cara lain dalam mengatasi permasalahan beban pekerjaan ini adalah dengan mempekerjakan kembali karyawan yang telah pensiun atau memanfaatkan tenaga *outsourc*e, yang akan dipekerjakan dengan kontrak tertentu untuk menyelesaikan pekerjaan harian sampai proses perubahan selesai dengan lengkap.

McHugh (1997, 4) berpendapat bahwa: “*Stress* juga terdapat dalam *change management agenda*. Orang-orang yang terlibat dalam proyek perubahan perlu mengetahui fakta bahwa peningkatan tekanan dan *stress* dibebankan kepada karyawan akibat perubahan organisasi yang berkelanjutan.” Oleh karena itu organisasi perlu memikirkan untuk menginstitutionalkan program manajemen *stress* ketika proyek perubahan berlangsung. Lebih lanjut lagi Armenakis (1999, 307) mempertimbangkan *stress* sebagai hambatan perencanaan dan implementasi perubahan sebagaimana pendapatnya berikut ini:

Tingkat penerimaan, resistensi, komitmen, sinisme, *stress* dan reaksi personal terkait secara jelas merupakan variabel kriteria relevan yang harus dipertimbangkan dalam kerangka perencanaan dan implementasi perubahan organisasi. Perubahan bisa secara jelas menyebabkan sinisme dan *stress* yang menghambat kesuksesan.

Stress tidaklah selalu menjadi sesuatu yang buruk, meskipun seringkali dibahas dalam konteks yang negatif. *Stress* menjadi sebuah kesempatan ketika perubahan berpotensi menawarkan hasil yang positif. Robbins (1999, 4) berpendapat bahwa: "...beban kerja merupakan kesempatan bagi para karyawan untuk belajar dan menjadi sejahtera lebih cepat." Ketika karyawan melakukan pekerjaan, mereka akan mendapatkan pengalaman kerja yang lebih banyak yang akan memperkaya kemampuan mereka. Tekanan beban kerja bisa menjadi dorongan positif kepada peningkatan produktifitas, namun menurut Robbins (1999, 4) terdapat batasan peningkatan produktifitas sebagai berikut: "...namun apabila tekanan beban kerja menjadi berlebihan maka akan menimbulkan dampak yang negatif. Dalam tahap ini individu mengetahui bahwa mereka tidak memiliki keahlian dan kemampuan yang cukup yang diperlukan guna mengatasi *stress*"

Selain distribusi beban kerja yang merata di seluruh organisasi, sebagai tindak lanjut dari proyek perubahan, dukungan supervisor kepada karyawan juga penting untuk dievaluasi dalam perubahan organisasi. Bakker (2005, 178) berpendapat bahwa: "Karyawan tidak akan merasa bahwa hanya dirinya sendiri saja yang kelebihan beban kerja, jika saja supervisornya mendukung dan berinteraksi baik dengan mereka."

2.4. Akreditasi Rumah Sakit

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia, akreditasi rumah sakit adalah suatu pengakuan resmi yang diberikan oleh pemerintah pada rumah sakit karena telah memenuhi standar yang ditentukan. Akreditasi merupakan

pengakuan resmi yang biasanya diberikan oleh pemerintah terhadap lembaga sertifikasi yang memenuhi standar EN-45012, yaitu persyaratan internasional bagi sebuah lembaga sertifikasi. Sertifikasi merupakan pengakuan resmi terhadap keberhasilan penerapan sistem mutu di perusahaan berdasarkan pada sistem mutu (misalnya ISO 9000). Lembaga sertifikasi dapat merupakan lembaga pemerintah maupun non pemerintah. Di Indonesia, lembaga yang berwenang memberikan akreditasi kepada lembaga sertifikasi adalah Komite Akreditasi Nasional - Dewan Standar Nasional (KAN - DSN).

Pada dasarnya, tujuan utama akreditasi rumah sakit adalah agar kualitas mutu diintegrasikan dan dibudayakan dalam sistem pelayanan rumah sakit. *Joint Commission International (JCI)* Tahun 2011 mendefinisikan akreditasi sebagai proses penilaian organisasi pelayanan kesehatan (dalam hal ini rumah sakit) oleh lembaga akreditasi internasional berdasarkan standar internasional yang ditetapkan. Akreditasi disusun untuk meningkatkan keamanan dan kualitas pelayanan kesehatan. Akreditasi saat ini mendapat perhatian dari publik internasional karena merupakan alat pengukuran dan evaluasi kualitas pelayanan dan manajemen rumah sakit yang efektif.

2.4.1. Maksud Akreditasi Rumah Sakit

Beberapa maksud dari akreditasi rumah sakit diantaranya:

1. Memberikan standar-standar bagi rumah sakit dalam operasionalisasi, fasilitas kesehatan dan pelayanan lain yang berkaitan.

2. Menggunakan prinsip dasar dari rencana keselamatan, pemeliharaan fisik, organisasi dan administrasi untuk meningkatkan fungsi dari pelayanan pasien yang efisien.
3. Menjaga pelayanan esensial dalam fasilitas-fasilitas melalui usaha-usaha koordinasi yang terorganisir, baik internal yaitu antar staf maupun eksternal dengan organisasi lain.

Akreditasi rumah sakit berkaitan dengan penilaian kepatuhan terhadap standar-standar yang mencakup seluruh fungsi dan kegiatan rumah sakit. Sumber daya atau sarana dan prasarana, manajemen, pelayanan medik, perawatan, fungsi penunjang umum, diagnostik, rekam medis, hak pasien dan sebagainya. Dengan akreditasi diharapkan hasil pelayanan kesehatan (*output*) terjaga mutunya.

Standar pada umumnya mempunyai ciri-ciri tertentu:

1. Berhubungan dengan mutu pemeliharaan atau pelayanan yang disediakan.
2. Berhubungan dengan optimalisasi sumber daya yang ada.
3. Kepatuhan diukur.

Pada umumnya dokter dan tenaga medis, menganggap bahwa mutu pelayanan akan dijamin bagus dengan peningkatan kualitas keahlian dokter dengan pendidikan dan praktik yang terus-menerus, serta peralatan yang canggih. Namun masyarakat pengguna jasa (pasien), pengelola rumah sakit, pemilik rumah sakit, dan yang berkepentingan langsung maupun tidak langsung dengan pelayanan rumah sakit dapat berpendapat lain. Peningkatan mutu dimulai dengan keinginan rumah sakit untuk meningkatkan penampilan atas citra dirinya secara

keseluruhan, dengan kesadaran bahwa semakin bermutu pelayanannya maka semakin banyak keuntungan dalam arti luas yang diperoleh.

2.4.2. Penyelenggaraan Akreditasi Standar JCI

Proses akreditasi dilakukan oleh lembaga independen yang memiliki kewenangan untuk memberikan penilaian tentang kualitas pelayanan di institusi pelayanan kesehatan. Salah satu lembaga akreditasi internasional rumah sakit yang telah diakui oleh dunia adalah *Joint Commission International (JCI)*. JCI merupakan salah satu divisi dari *Joint Commission International Resources*. JCI telah bekerja dengan organisasi perawatan kesehatan, departemen kesehatan, dan organisasi global di lebih dari 80 negara sejak tahun 1994. JCI merupakan lembaga non pemerintah yang tidak berfokus pada keuntungan yang mempunyai tujuan meningkatkan keselamatan perawatan pasien, melalui penyediaan jasa akreditasi dan sertifikasi serta layanan konsultasi dan pendidikan, yang bertujuan membantu rumah sakit menerapkan solusi praktis dan berkelanjutan.

Pada bulan September 2007, JCI diterima akreditasi oleh lembaga internasional untuk kualitas dalam pelayanan Kesehatan (ISQua). Akreditasi oleh ISQua memberikan jaminan bahwa standar, pelatihan dan proses yang digunakan oleh JCI untuk survei kinerja organisasi perawatan kesehatan memenuhi standar internasional tertinggi untuk badan akreditasi. Oleh karena itu, melalui akreditasi JCI dan sertifikasi organisasi kesehatan memiliki akses ke berbagai sumber daya dan layanan yang menghubungkan mereka dengan komunitas internasional.

JCI memiliki pakem yang harus dicapai sebuah rumah sakit untuk dapat disebut sebagai rumah sakit ideal dan bertaraf international. Pakem tersebut diterjemahkan melalui standar-standar yang harus dicapai rumah sakit yang dibagi dalam beberapa *chapter*, antara lain:

1. *Access to and Continuity of Care (ACC)*
2. *Patient and Family Rights (PFR)*
3. *Assessment of Patient (AOP)*
4. *Care of Patient (COP)*
5. *Patient and Family Education (PFE)*
6. *Prevention and Control of Infection (PCI)*
7. *Staff Qualification and Education (SQE)*
8. *Governance, Leadership and Direction (GLD)*
9. *Facility Management and Safety (FMS)*
10. *Management of Information (MOI)*
11. *Quality Improvement and Patient Safety (QPS)*

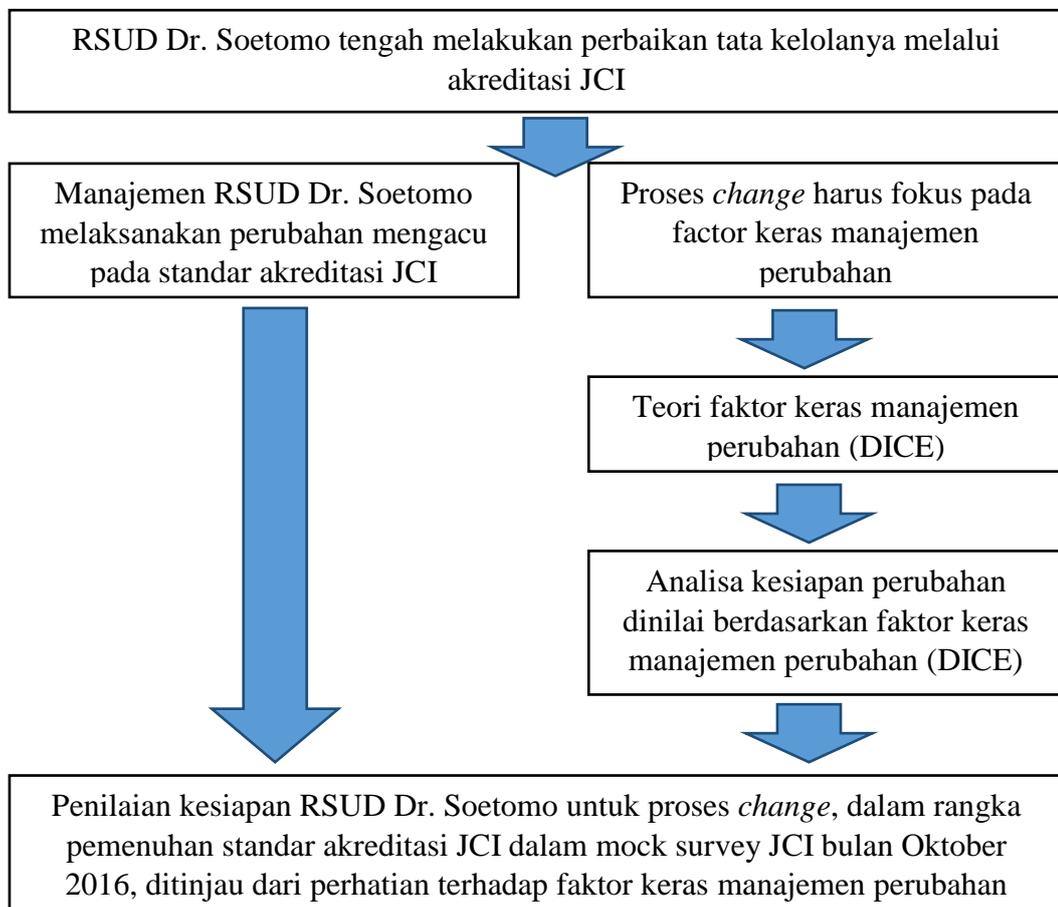
2.5. Kerangka Konsep Penelitian

Latar belakang dalam penelitian ini adalah pentingnya RSUD Dr. Soetomo untuk melakukan perubahan - guna perbaikan proses bisnis, birokrasi dan operasionalnya - demi memenuhi tuntutan kualitas layanan kesehatan yang prima. Strategi perubahan RSUD Dr. Soetomo untuk peningkatan kualitas dan mutu layanan tersebut dilakukan melalui pemenuhan standar-standar akreditasi JCI.

Literatur manajemen perubahan mengungkapkan Sirkin (2005, 99) berpendapat bahwa: “seringkali dalam proses perubahan, organisasi hanya berfokus pada faktor lunak dalam perubahan dan mengabaikan faktor kerasnya, padahal faktor lunak tidak secara langsung mempengaruhi *outcome* dari banyak proyek perubahan.” Melalui suatu alat diagnosa kesiapan organisasi yang berfokus pada faktor keras dalam perubahan (*DICE Framework*), diharapkan RSUD Dr. Soetomo dapat mengidentifikasi potensi hambatan sekaligus saran perbaikan atas permasalahan perubahan yang dihadapi.

Alur berpikir dalam penelitian ini secara sederhana digambarkan pada Gambar II.3 berikut ini:

Gambar II.3
Diagram Alur Berpikir Penelitian



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Pendekatan Penelitian: Kualitatif

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus, dimana peneliti melakukan eksplorasi secara mendalam terhadap program, kejadian, proses, aktivitas, terhadap satu orang atau lebih. Melalui pendekatan kualitatif, penelitian dilakukan tidak hanya pada obyek yang diamati saja, tetapi sampai pada sesuatu yang berbeda di balik obyek yang diamati tersebut. Pendekatan kualitatif akan memberikan tingkat fleksibilitas yang tinggi dan memberikan kebebasan untuk mendapatkan informasi dari tangan pertama (*first hand informan*). Metode ini juga berlandaskan pada filsafat *postpositivisme*, yang sering juga disebut sebagai paradigma interpretif dan konstruktif yang memandang realitas sosial sebagai sesuatu yang holistik, utuh, kompleks, dinamis, penuh makna dan hubungan gejala bersifat interaktif (*reciprocal*). Penelitian dilakukan pada obyek yang alamiah, yaitu obyek yang berkembang apa adanya, tidak dimanipulasi oleh peneliti atau peneliti tidak mempengaruhi dinamika pada obyek tersebut.

Dalam penelitian kualitatif, peneliti bertindak sebagai *human instrument* dengan pendekatan *participant observation* dan *indepth interview* dalam mengumpulkan data.

3.2 Tujuan Study: Deskriptif

Menurut Yin (2003, 1) penelitian studi kasus dapat dibedakan menjadi 3 tipe, yaitu studi kasus eksplanatoris, eksploratoris dan deskriptif. Pada studi kasus eksplanatoris, peneliti berupaya untuk menjelaskan fenomena-fenomena yang terjadi pada suatu kasus. Studi kasus eksploratoris cenderung lebih menggali sesuatu yang belum ada atau mencoba menemukan sesuatu hal. Sedangkan studi kasus deskriptif lebih menggambarkan suatu fenomena yang ada. Dalam penelitian ini, kajian usaha perubahan yang dilakukan di RSUD Dr. Soetomo berdasarkan *DICE Framework* dapat dilakukan dengan menggunakan metode deskriptif.

3.3 *Single (Classic) Case Study*

Terdapat dua bentuk *case study* yaitu *single case study* dan *multiple case study*, dimana perbedaannya secara umum terdapat pada jumlah subjek kasus yang akan diteliti. Penelitian ini menggunakan *single case study*, karena hanya satu kasus saja yang akan dibahas dalam penelitian ini. Penelitian ini akan melihat sejauh mana kesiapan RSUD Dr. Soetomo dalam proses akreditasi JCI pada Oktober 2016. Kesiapan tersebut dilihat dari apakah usaha perubahan RSUD Dr. Soetomo, dalam memenuhi dalam memenuhi standar akreditasi JCI, telah memperhatikan faktor keras dalam perubahan.

3.4 *Holistic Single Case Study*

Pada *single case study* dan *multiple case study*, sama-sama bisa dibedakan dalam dua bentuk, yaitu *holistic* dan *embedded*. *Embedded case study* digunakan apabila akan menganalisa mengenai proyek-proyek termasuk dalam program tersebut, satu per satu, sedangkan *holistic case study* digunakan jika ingin meneliti program tersebut secara umum atau global. Karena penelitian ditujukan menganalisa usaha perubahan di RSUD Dr. Soetomo, yakni organisasi sebagai suatu kesatuan yang dibentuk dari beberapa bagian dan kerja, dimana setiap individu, kerja, peraturan, kegiatan, strategi dan sebagainya diteliti sebagai suatu kesatuan dalam organisasi, maka penelitian ini menggunakan *holistic case study*.

3.5 *Desain Penelitian Holistic Single Case Study*

Desain penelitian merupakan alat yang menuntun peneliti dalam melakukan penelitian. Di dalam *research design*, peneliti dapat melihat arahan yang diberikan untuk melakukan penelitian ini, bagaimana mengumpulkan data, menganalisis dan menginterpretasikan atau menerjemahkan data yang telah dikumpulkan, dan akhirnya menyimpulkan suatu kesimpulan yang benar. Dari penjelasan tersebut dapat ditarik suatu kesimpulan bahwa *research design* merupakan suatu hal yang mengarahkan peneliti dalam melakukan penelitian.

Desain penelitian ini menggunakan 5 komponen penting dalam desain penelitian, yaitu: (1) *study question*; (2) *proposition*; (3) *unit(s) of analysis*; (4) *the logic linking the data to the propositions*; dan (5) *the criteria for interpreting the findings*.

Pada bagian selanjutnya akan dijabarkan mengenai kelima komponen yang menyusun *research design* dalam penelitian ini.

3.5.1. Pertanyaan penelitian

Menentukan *study question* adalah hal pertama yang perlu dilakukan oleh peneliti. Pertanyaan penelitian dalam penelitian ini adalah: Bagaimana penilaian atas proyek perubahan dalam rangka pemenuhan standar akreditasi JCI di RSUD Dr. Soetomo berdasarkan faktor keras dalam perubahan, antara lain *duration*, *integrity*, *commitment*, dan *effort* (DICE)?

3.5.2. Proposisi

Proposisi memberikan arahan dan batasan mengenai data informasi yang relevan dalam mendukung penelitian ini, dalam arti proposisi akan membatasi penelitian dari informasi-informasi yang tidak ada hubungannya dengan penelitian ini, yang mungkin akan dikumpulkan oleh peneliti.

Proposisi dalam penelitian ini adalah: Proses *change* di RSUD Dr. Soetomo akan berjalan dengan lancar apabila dalam menjalankan usaha perubahan untuk memenuhi standar akreditasi JCI, rumah sakit memperhatikan faktor keras dalam perubahan, antara lain:

1. *Duration*

Perlu dilakukan *review*, yang diinstitutionalkan dalam organisasi dengan periode yang terjadwal, terhadap jalannya usaha perubahan yang dilaksanakan di RSUD Dr. Soetomo.

2. *Integrity*

Tim yang mendorong terlaksananya perubahan terdiri dari sumber daya manusia organisasi yang mempunyai kualitas dan kapasitas dalam melaksanakan usaha perubahan dengan baik. Organisasi perlu secara jelas menentukan siapa saja dari anggota tim perubahan yang harus berkomitmen penuh, mengalokasikan seluruh waktu kerjanya, untuk menyelesaikan usaha perubahan.

3. *Commitment*

Usaha perubahan di RSUD Dr. Soetomo perlu mendapatkan dukungan dari dua pihak penting dalam kesuksesan jalannya usaha perubahan, yaitu: (1) pimpinan rumah sakit dan pihak yang mempunyai pengaruh kuat terhadap jalannya proses perubahan; (2) manajer dan karyawan yang terdampak langsung proses perubahan.

4. *Effort*

RSUD Dr. Soetomo perlu melakukan analisa terhadap beban kerja sumber daya manusia yang melaksanakan usaha perubahan. RSUD Dr. Soetomo perlu mengatur dengan baik usaha-usaha yang dilakukan staf untuk mengimplementasikan perubahan.

3.5.3. Unit Analisis

Setelah menentukan *study propositions*, selanjutnya yang dilakukan adalah menentukan *unit of analysis*. Yin (2004, 22) mendefinisikan *unit of*

analysis sebagai berikut: “*the definition of the unit of analysis (and therefore of the case) is related to the way the initial research questions have been defined.*”

Unit of analysis dalam penelitian ini adalah usaha perubahan yang dilakukan di RSUD Dr. Soetomo dalam rangka pemenuhan standar akreditasi JCI. Usaha perubahan dimaksud akan ditinjau kesiapannya melalui penilaian faktor keras dalam perubahan melalui *DICE Framework*.

3.5.4. Logika yang Mengaitkan Data dengan Proposisi

Logika yang mengaitkan data dengan proposisi adalah bagaimana cara menghubungkan data yang relevan yang dikumpulkan dengan studi proposisi. Hal ini dilakukan untuk memberikan panduan bagi penelitian ini agar lebih terarah dan terfokus pada tujuan penelitian.

Tabel III.1
Linking Data to Propositions

No	Proposisi	Data yang relevan	<i>Linking data to proposition</i>
1.	<p>Proses <i>change</i> akan berjalan dengan lancar apabila RSUD Dr. Soetomo dalam menjalankan proyek perubahannya, selain memperhatikan faktor lunak perubahan, juga memperhatikan faktor keras dalam perubahan. Faktor keras tersebut diuraikan dalam 4 komponen yakni DICE (<i>Duration, Integrity, Commitment, Effort</i>)</p> <p><i>Duration</i> a. Melakukan <i>review</i> secara periodik terhadap proyek perubahan. <i>Review</i> dapat dilakukan melalui rapat secara rutin dengan tim perubahan.</p>	<p>a. Data yang menunjukkan seberapa sering proses <i>review</i> dilakukan atas proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI di RSUD Dr. Soetomo.</p>	<p>Dengan adanya data yang menunjukkan proses perubahan di RSUD Dr. Soetomo yang telah memperhatikan 4faktor keras perubahan (DICE) maka dapat diketahui tingkat kesiapan perubahan RSUD Dr. Soetomo.</p> <p>Melalui tingkat kesiapan tersebut dapatdiidentifikasi masalah potensial</p>

	<p>b. Menginstitutionalkan dalam organisasi proses <i>review</i> terhadap proyek perubahan.</p> <p>c. Menjadwal momentum atau <i>milestone</i> terhadap proses perubahan.</p> <p>d. Mereview <i>milestone</i> yang telah dicapai guna mengetahui dampak <i>milestone</i> terhadap organisasi, permasalahan apa saja yang menghambat tercapainya <i>milestone</i>, dan bagaimana <i>milestone</i> mempengaruhi tahap selanjutnya proyek perubahan.</p> <p>2. Integrity</p> <p>a. Tim, manajer, supervisor dan staf, yang terlibat dalam proyek perubahan, merupakan SDM terbaik yang dapat diandalkan organisasi.</p> <p>b. Dalam menjalankan tugasnya, tim perubahan harus diberikan aturan-aturan yang jelas, komitmen dan akuntabilitas.</p> <p>c. Jika tidak ada anggota tim yang bekerja sepenuhnya untuk proyek perubahan, maka perlu dialokasikan waktu khusus bagi staf tersebut untuk mengerjakan proyek perubahan.</p> <p>d. Senior eksekutif mengumumkan parameter penilaian kinerja tim yang evaluasinya sesuai dengan</p>	<p>b. Nama dan dasar kebijakan atau kegiatan yang direncanakan atau prosedur serta data lain yang menunjukkan institusionalisasi proses <i>review</i> atas proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI.</p> <p>c. Kebijakan Direktur RSUD Dr. Soetomo serta data lain yang menunjukkan target-target proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI yang harus dicapai dalam kurun waktu tertentu.</p> <p>d. Laporan hasil evaluasi capaian RSUD Dr. Soetomo terhadap proyek perubahan, untuk pemenuhan standar akreditasi JCI, yang telah dijadwal akan dicapai dalam kurun waktu tertentu. Serta data lain yang menunjukkan <i>review</i> terhadap capaian-capaian tersebut.</p> <p>a. Keputusan Direktur tentang Susunan Tim Akreditasi dan data lain yang menunjukkan bahwa tim terdiri dari SDM yang kompeten dan mewakili semua bidang pekerjaan di RSUD Dr. Soetomo.</p> <p>b. Dokumen tugas pokok dan fungsi tim akreditasi. Serta data lain yang menunjukkan tugas dan aturan yang diberikan kepada tim telah jelas.</p> <p>c. Data yang menunjukkan pekerjaan yang dibebankan kepada tiap anggota tim akreditasi serta waktu pengerjaannya.</p> <p>d. Sistem insentif RSUD Dr. Soetomo secara keseluruhan dan sistem insentif RSUD Dr. Soetomo khusus untuk kinerja tim</p>	<p>dalam perubahan untuk kemudian dibuat penyesuaian dalam usaha perubahan.</p> <p>Menilai 4 elemen kunci faktor keras (DICE) setelah proyek perubahan resmi dijalankan dengan tujuan membuat koreksi-koreksi terhadap inisiatif yang tidak sesuai.</p>
--	--	--	---

	<p>penilaian kinerja pada umumnya yang berlaku di organisasi.</p> <p>3. Commitment</p> <p>a. Proyek perubahan mendapatkan dukungan dari pimpinan organisasi dan orang-orang berpengaruh dalam organisasi, baik dalam hal jabatan, informasi, keahlian, reputasi dan jaringan.</p> <p>b. Pimpinan organisasi berkomitmen mengalokasikan sumber daya, terutama sumber dana, untuk proses perubahan.</p> <p>c. Proyek perubahan mendapatkan dukungan dari manajer dan karyawan, terutama yang bersinggungan atau terpengaruh langsung oleh proyek-proyek perubahan</p> <p>d. Pimpinan organisasi mendengarkan keluhan dan saran dari supervisor yang mengerti betul permasalahan di lapangan, disamping memberikan penjelasan dan arah perubahan secara holistik.</p> <p>e. Pimpinan organisasi memperhatikan dampak yang diterima karyawan akibat proyek perubahan.</p>	<p>akreditasi. Serta data lain yang menunjukkan penilaian kinerja kepada tim akreditasi.</p> <p>a. Data yang menunjukkan proyek perubahan (untuk pemenuhan standar akreditasi JCI) mendapatkan dukungan dari pimpinan organisasi dan orang-orang berpengaruh di RSUD Dr. Soetomo, antara lain: Gubernur Jawa Timur, Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Dewan Pengawas, dst.</p> <p>b. Dokumen kegiatan dan penganggaran RSUD Dr. Soetomo serta data lain yang menunjukkan komitmen Direksi dalam mengalokasikan sumber dana untuk proyek perubahan (pemenuhan standar akreditasi JCI).</p> <p>c. Data yang menunjukkan adanya dukungan dari supervisor, penanggung jawab dan karyawan yang bersinggungan langsung dengan proyek perubahan (pemenuhan standar-standar akreditasi JCI)</p> <p>d. Dokumen sosialisasi terkait perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI. Dan data lain yang menunjukkan Direksi mendengarkan keluhan dan saran dari supervisor yang mengerti betul permasalahan di lapangan, disamping memberikan penjelasan dan arah perubahan secara holistik.</p> <p>e. Data yang menunjukkan Direksi memperhatikan dampak yang diterima karyawan akibat proyek perubahan dalam pemenuhan standar-standar akreditasi JCI.</p>	
<p>4.</p>	<p>Effort</p> <p>a. Menghitung beban kerja karyawan atas tugas harian dan tugas proyek-proyek perubahan.</p>	<p>a. Dokumen analisa beban kerja RSUD Dr. Soetomo.</p>	

	<p>b. Menginstitutionalkan program manajemen stress ketika proyek perubahan berlangsung.</p> <p>c. Struktur kepegawaian baru yang diusulkan ditujukan untuk distribusi pekerjaan yang lebih merata.</p> <p>d. Struktur kepegawaian baru mendukung manajemen beban kerja yang lebih fleksibel.</p>	<p>b. Program manajemen stress di RSUD Dr. Soetomo. Serta data lain yang menunjukkan institusionalisasi program manajemen stress ketika proyek perubahan untuk memenuhi standar akreditasi JCI berlangsung.</p> <p>c. Struktur organisasi dan tata kerja (SOTK) RSUD Dr. Soetomo. Serta data lain yang menunjukkan distribusi pekerjaan, setelah dipenuhinya standar akreditasi JCI, menjadi lebih merata.</p> <p>d. SOTK RSUD Dr. Soetomo serta data lain yang menunjukkan manajemen beban kerja yang lebih fleksibel.</p>	
--	---	---	--

3.5.5. Kriteria untuk Mengintepretasikan Temuan

Langkah selanjutnya setelah menentukan data yang relevan dan menghubungkannya dengan studi proposisi adalah merumuskan kriteria dalam mengintepretasikan temuan atau data yang diperoleh. Berikut adalah kriteria dari intepretasi data dalam penelitian ini:

1. Data diperoleh dari sumber yang relevan dalam *proses change*, valid dan bukan merupakan asumsi subjektif.
2. Data dapat diintepretasikan dengan objektif, sesuai dengan kenyataan dan menghilangkan unsur bias dan kesalahan.
3. Data harus diintepretasikan dengan metode yang benar.
4. Intepretasi data dilakukan sesuai dengan desain penelitian yang telah ditetapkan dalam penelitian ini.

5. Data didapatkan dari responden yang mengalami perubahan, sejak pernyataan bahwa RSUD Dr. Soetomo mulai melakukan proses perubahan.

Tabel III.2 menunjukkan kemungkinan temuan yang didapat dan kemungkinan hasil penelitian dari pertanyaan penelitian. Dari kemungkinan tersebut bisa saja terjadi bahwa temuan tersebut tidak sesuai dengan apa yang ditemukan pada penelitian di lapangan. Namun dengan penjabaran dari pertanyaan penelitian sampai menjadi suatu hasil penelitian dapat membantu dalam mengikuti dan mengerti alur dari penelitian ini.

Tabel III.2
Garis besar dari pertanyaan penelitian hingga menjadi hasil penelitian

No	Pertanyaan Penelitian	Kemungkinan temuan yang didapat dalam penelitian	Kemungkinan hasil penelitian
1	Bagaimana penilaian atas usaha perubahan yang dilakukan RSUD Dr. Soetomo untuk pemenuhan standar JCI berdasarkan DICE <i>Framework</i> ?	Adanya data yang menunjukkan telah dilakukan proses perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI.	Hasil evaluasi faktor keras dalam perubahan (berdasarkan DICE <i>Framework</i>) dalam pemenuhan standar akreditasi JCI di RSUD Dr. Soetomo.

3.6 Kriteria untuk Menguji Kualitas Sebuah *Research Design*

Dalam penelitian kualitatif untuk mendapatkan data yang valid dan reliabel yang diuji validitas dan reliabilitasnya adalah datanya. Oleh karenanya, Susan Stainback dalam Sugiyono (2007, 117) menyatakan bahwa:

Penelitian kualitatif lebih pada aspek validitas. Temuan atau data dalam penelitian kualitatif dinyatakan valid apabila tidak ada perbedaan antara yang dilaporkan peneliti dengan apa yang sesungguhnya terjadi pada objek yang diteliti. Kebenaran realitas data menurut penelitian kualitatif tidak bersifat tunggal, tetapi jamak dan tergantung pada kemampuan peneliti mengkonstruksi fenomena yang diamati serta dibentuk dalam diri seorang sebagai hasil proses mental tiap individu dengan berbagai latar belakangnya.

Uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif meliputi uji kredibilitas data, uji transferabilitas data, uji dependabilitas data, dan uji konfirmasi data. Uji kredibilitas data atau kepercayaan terhadap data hasil penelitian kualitatif antara lain dilakukan dengan perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan dalam penelitian, triangulasi, diskusi dengan teman sejawat, analisis kasus negatif dan *member check*. Triangulasi dalam pengujian kredibilitas diartikan sebagai pengecekan data berbagai sumber dengan berbagai cara dan berbagai waktu sehingga terdapat triangulasi sumber, triangulasi teknik pengumpulan data, dan triangulasi waktu.

3.7 Jenis dan Sumber Data

Data merupakan hal yang penting dalam melakukan penelitian. Dalam penelitian ini, data yang dikumpulkan adalah data yang relevan yang dibutuhkan dan merupakan sumber bukti yang dibutuhkan oleh penelitian ini. Penelitian *case study* ini menggunakan tiga sumber bukti, yaitu (1) dokumen, (2) rekaman arsip, (3) hasil wawancara. Tabel III.3 menunjukkan data-data yang relevan, metode perolehannya serta bagaimana cara mengumpulkan data tersebut.

Tabel III.3
Jenis Data, Sumber Bukti dan Cara Mendapatkannya

No	Proposisi	Data yang relevan	Sumber Data	Apa yang Dilakukan untuk Mendapatkan Data
1.	<i>Duration</i> a. Melakukan <i>review</i> secara periodik terhadap proyek perubahan. <i>Review</i> dapat dilakukan melalui rapat	a. Data yang menunjukkan seberapa sering proses <i>review</i> dilakukan atas proyek perubahan untuk pemenuhan standar	Dokumen. <i>Interview open-ended</i>	Melakukan kajian <i>time tables</i> rapat-rapat <i>review</i> pemenuhan standar akreditasi JCI. Wawancara dengan Ketua Tim Akreditasi

	<p>secara rutin dengan tim perubahan.</p> <p>b. Menginstitusionalkan dalam organisasi proses <i>review</i> terhadap proyek perubahan.</p> <p>c. Menjadwal momentum atau <i>milestone</i> terhadap proses perubahan.</p> <p>d. Mereview <i>milestone</i> yang telah dicapai guna mengetahui dampak <i>milestone</i> terhadap organisasi, permasalahan apa saja yang menghambat tercapainya <i>milestone</i>, dan bagaimana <i>milestone</i> mempengaruhi tahap selanjutnya proyek perubahan.</p>	<p>akreditasi JCI di RSUD Dr. Soetomo.</p> <p>b. Nama dan dasar kebijakan atau kegiatan yang direncanakan atau prosedur serta data lain yang menunjukkan institusionalisasi proses <i>review</i> atas proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI.</p> <p>c. Kebijakan Direktur RSUD Dr. Soetomo serta data lain yang menunjukkan target-target proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI yang harus dicapai dalam kurun waktu tertentu.</p> <p>d. Data yang menunjukkan <i>review</i> terhadap pencapaian-pencapaian tersebut.</p>	<p>Dokumen. <i>Interview open-ended</i></p> <p>Dokumen. <i>Interview open-ended</i></p> <p><i>Interview open-ended</i></p>	<p>tentang <i>review</i> atas rapat-rapat perubahan.</p> <p>Melakukan kajian kebijakan Direktur terkait <i>review</i> proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI. Wawancara dengan Direksi dan Ketua Tim Akreditasi tentang institusionalisasi <i>review</i> atas proyek perubahan.</p> <p>Melakukan kajian kebijakan Direktur terkait target-target yang harus dicapai dalam proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI. Wawancara dengan Direksi dan Ketua Tim Akreditasi tentang penjadwalan <i>milestone</i> dimaksud.</p> <p>Wawancara dengan Ketua Tim Akreditasi tentang metode <i>review milestone</i> atau target yang telah terjadwal dimaksud.</p>
2.	<p>Integrity</p> <p>a. Tim, manajer, supervisor dan staf, yang terlibat dalam proyek perubahan, merupakan SDM terbaik yang dapat</p>	<p>a. Keputusan Direktur tentang Susunan Tim Akreditasi dan data lain yang menunjukkan bahwa tim terdiri dari SDM yang kompeten</p>	<p>Dokumen. <i>Interview open-ended</i></p>	<p>Melakukan kajian Keputusan Direktur tentang susunan tim akreditasi. Wawancara dengan Direksi, Ketua dan anggota Tim</p>

	diandalkan organisasi.	dan mewakili semua bidang pekerjaan di RSUD Dr. Soetomo.		Akreditasi tentang kapasitas dan kapabilitas SDM yang menyusun tim akreditasi.
	b. Dalam menjalankan tugasnya, tim perubahan harus diberikan aturan-aturan yang jelas, komitmen dan akuntabilitas.	b. Data yang menunjukkan tugas dan aturan yang diberikan kepada tim telah jelas.	<i>Interview open-ended</i>	Wawancara dengan Direksi dan Ketua dan anggota Tim Akreditasi tentang tugas dan aturan telah jelas diberikan kepada seluruh anggota Tim Akreditasi.
	c. Jika tidak ada anggota tim yang bekerja sepenuhnya untuk proyek perubahan, maka perlu dialokasikan waktu khusus bagi staf tersebut untuk mengerjakan proyek perubahan.	c. Data yang menunjukkan pekerjaan yang dibebankan kepada tiap anggota tim akreditasi serta waktu pengerjaannya.	<i>Interview open-ended</i>	Melakukan wawancara dengan Ketua dan anggota Tim Akreditasi tentang pengalokasian waktu pengerjaan proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI.
	d. Senior eksekutif mengumumkan parameter penilaian kinerja tim yang evaluasinya sesuai dengan penilaian kinerja pada umumnya yang berlaku di organisasi.	d. Sistem insentif RSUD Dr. Soetomo secara keseluruhan dan sistem insentif RSUD Dr. Soetomo khusus untuk kinerja tim akreditasi. Serta data lain yang menunjukkan penilaian kinerja kepada tim akreditasi.	Dokumen. <i>Interview open-ended</i>	Melakukan wawancara dengan Kepala Bagian Kepegawaian tentang sistem penilaian kinerja. Kajian sistem remunerasi di RSUD Dr. Soetomo. Wawancara dengan Ketua Tim dan anggota Akreditasi tentang insentif khusus bagi Tim Akreditasi.
3.	Commitment a. Proyek perubahan mendapatkan dukungan dari pimpinan organisasi dan orang-orang berpengaruh dalam organisasi, baik dalam hal jabatan, informasi, keahlian, reputasi dan jaringan.	a. Data yang menunjukkan proyek perubahan (untuk pemenuhan standar akreditasi JCI) mendapatkan dukungan dari pimpinan organisasi dan orang-orang berpengaruh di RSUD Dr. Soetomo, antara lain: Gubernur Jawa Timur, Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga,	<i>Interview open-ended</i>	Melakukan wawancara dengan Direksi dan Ketua Tim Akreditasi tentang dukungan <i>stakeholder</i> penting atau orang yang punya pengaruh kuat di RSUD Dr. Soetomo.

		Dewan Pengawas, dst.		
	b. Pimpinan organisasi berkomitmen mengalokasikan sumber daya, terutama sumber dana, untuk proses perubahan.	b. Dokumen kegiatan dan anggaran RSUD Dr. Soetomo serta data lain yang menunjukkan komitmen Direksi dalam mengalokasikan sumber dana untuk proyek perubahan (pemenuhan standar akreditasi JCI).	Dokumen. <i>Interview open-ended</i>	Melakukan kajian Dokumen Pelaksanaan Anggaran (DPA) RSUD Dr. Soetomo. Wawancara dengan Direksi dan Kepala Bagian Keuangan tentang pengalokasian anggaran untuk proyek perubahan (pemenuhan standar akreditasi JCI).
	c. Proyek perubahan mendapatkan dukungan dari manajer dan karyawan, terutama yang bersinggungan atau terpengaruh langsung oleh proyek-proyek perubahan	c. Data yang menunjukkan adanya dukungan dari supervisor, penanggung jawab dan karyawan yang bersinggungan langsung dengan proyek perubahan (pemenuhan standar-standar akreditasi JCI)	<i>Interview open-ended</i>	Melakukan wawancara dengan Ketua Tim Akreditasi, supervisor dan tentang perubahan pekerjaan sehari-hari akibat proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI. Melakukan kajian dokumen sosialisasi proyek perubahan.
	d. Pimpinan organisasi mendengarkan keluhan dan saran dari supervisor yang mengerti betul permasalahan di lapangan, disamping memberikan penjelasan dana arah perubahan secara holistik.	d. Data yang menunjukkan Direksi mendengarkan keluhan dan saran dari supervisor yang mengerti betul permasalahan di lapangan, disamping memberikan penjelasan dan arah perubahan secara holistik.	Dokumen. <i>Interview open-ended</i>	Melakukan wawancara dengan Direksi, pimpinan tim dan para supervisor tentang respon pimpinan (Direksi dan Pejabat Struktural serta Pejabat Fungsional) terhadap keluhan supervisor atas permasalahan di lapangan.
	e. Pimpinan organisasi memperhatikan dampak yang diterima karyawan akibat proyek perubahan.	e. Data yang menunjukkan Direksi memperhatikan dampak yang diterima karyawan akibat proyek perubahan dalam pemenuhan standar-standar akreditasi JCI.	<i>Interview open-ended</i>	Melakukan wawancara dengan Direksi, Ketua Tim Akreditasi dan karyawan tentang dampak yang diterima karyawan atas proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI.
4	Effort a. Menghitung beban kerja karyawan atas	a. Dokumen analisa beban kerja RSUD Dr.	Dokumen. <i>Interview</i>	Kajian dokumen beban kerja karyawan RSUD

	tugas harian dan tugas proyek-proyek perubahan.	Soetomo.	<i>open-ended</i>	Dr. Soetomo. Melakukan wawancara dengan Kepala Bagian Kepegawaian dan staf tentang analisa beban kerja karyawan.
	b. Menginstitutionalkan program manajemen stress ketika proyek perubahan berlangsung.	b. Program manajemen stress di RSUD Dr. Soetomo. Serta data lain yang menunjukkan institusionalisasi program manajemen stress ketika proyek perubahan untuk memenuhi standar akreditasi JCI berlangsung.	<i>Interview open-ended</i>	Melakukan wawancara dengan Direksi dan Kepala Bagian Kepegawaian tentang program manajemen stress di RSUD Dr. Soetomo.
	c. Struktur kepegawaian baru yang diusulkan ditujukan untuk distribusi pekerjaan yang lebih merata.	c. Struktur organisasi dan tata kerja (SOTK) RSUD Dr. Soetomo. Serta data lain yang menunjukkan distribusi pekerjaan, setelah dipenuhinya standar akreditasi JCI, menjadi lebih merata.	<i>Interview open-ended</i>	Melakukan wawancara dengan Direksi, Kepala Bagian Kepegawaian dan staf tentang usulan distribusi pekerjaan yang baru.
	d. Struktur kepegawaian baru mendukung manajemen beban kerja yang lebih fleksibel.	d. SOTK RSUD Dr. Soetomo serta data lain yang menunjukkan manajemen beban kerja yang lebih fleksibel.	Dokumen. <i>Interview open-ended</i>	Melakukan kajian SOTK dan melakukan wawancara dengan Direksi, Kepala Bagian Kepegawaian dan staf tentang manajemen beban kerja di RSUD Dr. Soetomo.

3.8 Informan Penelitian

Dalam penelitian kualitatif, hal yang menjadi bahan pertimbangan utama dalam pengumpulan data adalah pemilihan informan. Dalam penelitian kualitatif tidak digunakan istilah populasi. Penelitian kualitatif tidak memilih *sampling* (cuplikan) yang bersifat acak (*random sampling*). Teknik cuplikannya cenderung bersifat *purposive* karena dipandang lebih mampu menangkap kedalaman data di

dalam menghadapi realitas yang tidak tunggal. Cuplikan ini memberikan kesempatan maksimal pada kemampuan peneliti untuk menyusun teori yang dibentuk dari lapangan (*grounded theory*) dengan sangat memperhatikan kondisi lokal dengan kekhususan nilai-nilainya (*idiografis*). Yin (1987, 45) berpendapat bahwa: “Teknik cuplikan di dalam riset kualitatif sering juga dinyatakan sebagai “*internal sampling*” karena sama sekali bukan dimaksudkan untuk mengusahakan generalisasi tetapi untuk memperoleh kedalaman studi di dalam suatu konteks tertentu”. Nasution (1992, 62) berpendapat bahwa: “metode kualitatif sampelnya sedikit dan dipilih berdasarkan tujuan penelitian.”

Sampel yang digunakan dalam penelitian kualitatif ini adalah *key informan* (*informan kunci*) yaitu orang-orang yang sangat memahami organisasi dan memiliki kepentingan sesuai dengan informasi yang dibutuhkan dalam penelitian ini. Dalam penelitian *case study* ini, dilakukan *interview* dengan beberapa *key informan*.

Deskripsi *key informan* yang berpartisipasi dalam *case study* ini sebagai berikut:

1. Wakil Direktur Pelayanan Medik selaku Ketua Eksekutif Akreditasi
2. Wakil Direktur Pendidikan dan Penelitian
3. Staf Bidang Pelayanan Medik selaku Sekretariat Dokumen Tim Akreditasi
4. 3 (tiga) orang Pejabat Struktural yang juga selaku anggota tim akreditasi
5. 3 (tiga) orang staf selaku anggota tim akreditasi

Key informan sebagaimana dirinci di atas merupakan pejabat dan staf rumah sakit yang menjalankan operasional harian dimana seluruhnya juga

tergabung dalam tim akreditasi. Perlunya mengangkat *key informan* dari pejabat struktural yang merangkap juga selaku anggota tim akreditasi adalah bahwa proses perubahan yang dilakukan rumah sakit tidak bisa lepas dari kebijakan dan wewenang para pejabat struktural. Disamping itu manajemen perubahan yang dinilai dalam penelitian ini, berdasarkan rumusan dan tujuan penelitian, berada dalam tahap persiapan menuju perubahan, sehingga keterangan langsung dari Pejabat Struktural yang merangkap sebagai anggota tim akreditasi sangat penting untuk didapat guna mengetahui posisi kesiapan perubahan RSUD Dr. Soetomo dalam pemenuhan standar akreditasi JCI. Penting untuk mengangkat Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Wakil Direktur Pendidikan dan penelitian untuk mewakili Direksi sebagai *key informan* dalam *case study ini*, dengan alasan bahwa Direksi bertindak selaku pimpinan organisasi berperan penting sebagai pihak yang menentukan dan mengetahui tujuan proses perubahan di RSUD Dr. Soetomo untuk pemenuhan standar akreditasi JCI, sehingga dapat diperoleh data-data seputar kebijakan organisasi tentang proses perubahan. Ketua Eksekutif Akreditasi RSUD Dr. Soetomo berperan sebagai pimpinan pelaksana langkah-langkah perubahan, yang tengah berlangsung di RSUD Dr. Soetomo. Pejabat Struktural bertindak selaku *middle manager* yang membawahi langsung para staf dan dianggap mengerti betul pekerjaan dan permasalahan operasional sehari-hari di lapangan. Perwakilan staf 3 orang diwawancarai sebagai pihak yang paling terpengaruh terhadap proyek perubahan. Sedangkan Ketua Tim Remunerasi berperan sebagai penyusun dan pelaksana kebijakan insentif berbasis kinerja yang diterapkan di RSUD Dr. Soetomo.

Sebelum melakukan wawancara pada *key informan*, dilakukan observasi terlebih dahulu karena untuk mendapatkan data-data yang valid harus melalui *key informan* yang tepat. Tabel III.4 menunjukkan proses pengumpulan data terkait proposisi yang ingin didapat melalui proses wawancara pada *key informan*.

Tabel III.4
Proses Pengumpulan Sumber Bukti melalui Interview pada Key Informan

No	Data	Key Informan
1	<i>Duration</i>	Wakil Direktur Pelayanan Medik, Wakil Direktur Pendidikan dan Penelitian
2	<i>Integrity</i>	Wakil Direktur Pelayanan Medik, Wakil Direktur Pendidikan dan Penelitian dan Pejabat Struktural.
3	<i>Commitment</i>	Wakil Direktur Pelayanan Medik, Wakil Direktur Pendidikan dan Penelitian, Pejabat Struktural dan Staf.
4	<i>Effort</i>	Wakil Direktur Pelayanan Medik, Wakil Direktur Pendidikan dan Penelitian, Pejabat Struktural

3.9. Prosedur Pengumpulan Data

Sebelum dilakukan penelitian mengenai topik yang ingin diteliti, peneliti menetapkan rencana pengumpulan data sebagai berikut:

1. Survey pendahuluan untuk mendapatkan gambaran tentang RSUD Dr. Soetomo dan berbagai permasalahan yang terjadi di dalamnya.
2. Pengorganisasian penelitian yang terdiri dari tahap persiapan, pencarian jurnal dan teori-teori yang terkait.
3. Pengumpulan data yang dapat mengidentifikasi proses perubahan yang ada pada obyek penelitian yaitu RSUD Dr. Soetomo.
4. Pengumpulan data yang dilakukan dengan cara:
 - a. Wawancara dengan pihak terkait.
 - b. Observasi terhadap aktivitas di dalam organisasi.

- c. Pengumpulan dokumen.
5. Evaluasi hasil pengumpulan data yang meliputi proses perubahan yang telah berlangsung hingga saat ini dan kinerja karyawan maupun kinerja organisasi setelah dilakukannya perubahan tersebut.

3.9 Teknik Analisis

Teknik analisis data yang dilakukan setelah rangkaian data terkumpul, selanjutnya dilakukan analisis data dengan prosedur dan teknis pengolahan sebagai berikut: (1) Melakukan pemilahan dan penyusunan klasifikasi data; (2) Melakukan penyuntingan data dan konfirmasi terhadap data yang memerlukan verifikasi dan pendalaman; (3) Melakukan analisis data sesuai dengan konstruksi metodologi yang mengacu pada rumusan masalah; (4) Tahap akhir adalah analisis data guna menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian yang dilakukan dengan pendekatan analisis triangulasi sumber.

BAB IV

GAMBARAN UMUM OBJEK PENELITIAN

4.1. Sejarah RSUD Dr. Soetomo

Sejarah RSUD Dr. Soetomo diawali dengan berdirinya Rumah Sakit Simpang dan Rumah Sakit AL *Central Burgerlijke Ziekenhuis* (Rumah Sakit AL CBZ). Rumah Sakit Simpang yang terletak di Jalan Pemuda nomor 33 merupakan rumah sakit pendidikan bagi Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang didirikan pada tahun 1923. Sedangkan Rumah Sakit AL CBZ yang terletak di Desa Karang Menjangan merupakan rumah sakit yang dibangun oleh Kerajaan Belanda pada tahun 1937. Pada tahun 1943, pada masa penjajahan Jepang, pembangunan rumah sakit dilanjutkan oleh Jepang dan setelah selesai kemudian disebut Rumah Sakit AL.

Pada tanggal 1 September 1948 oleh Pemerintah Belanda Rumah Sakit Simpang diubah menjadi Roemah Sakit Oemoem Soerabaja. Kemudian pada tahun 1950 Roemah Sakit Oemoem Soerabaja, di bawah Departemen Kesehatan RI, ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum Pusat. Tahun 1951 sebagian dari Rumah Sakit Umum Pusat di Jalan Pemuda nomor 33 yaitu ruangan penyakit dalam, mata, THT, anak, sebagian ruangan bersalin, kulit dan paru-paru dipindah ke rumah sakit yang terletak di desa Karang Menjangan, yaitu yang masih ditempati sebagai Rumah Sakit AL. Sedangkan sebagian bangunan dan fungsinya masih bertempat di Rumah Sakit Umum Pusat di Jalan Pemuda nomor 33 yaitu

bagian bedah; ruang bersalin; dapur; sebagian pendidikan perawat atau bidan; dan perumahan pegawai bagi dokter, perawat dan tenaga administrasi.

Pada tahun 1953 sampai dengan 1954 sebagian pelayanan bagian bedah dipindah ke rumah sakit di Desa Karang Menjangan, sedangkan untuk bedah akut (*emergency*) masih di Jalan Pemuda nomor 33. Pada tahun 1980 bangunan rumah sakit terletak di Jalan Pemuda nomor 33 dijual menjadi Delta Plaza dengan sistem tukar tambah, dan di desa Karang Menjangan Rumah Sakit Umum Pusat dibangun UGD dan ruangan bedah berlantai 3. Dengan demikian semua kegiatan pelayanan dijadikan satu di Rumah Sakit Umum Pusat yang terletak di desa Karang Menjangan.

Pada tahun 1964 Rumah Sakit Umum Pusat diubah namanya menjadi Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Soetomo (RSUP Dr. Soetomo) sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 26769/KAB/76. Kemudian pada tahun 1965 berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 4 Tahun 1965 tentang RSUP Dr. Soetomo, pengelolaan atau penyelenggaraan RSUP Dr. Soetomo diserahkan pada Pemerintah Daerah Tingkat I Jawa Timur. Tahun 1979, sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 51/Menkes/SK/1179, RSUD Dr. Soetomo ditetapkan menjadi Rumah Sakit kelas A sebagai rumah sakit pelayanan, pendidikan, penelitian dan pusat rujukan tertinggi untuk wilayah Indonesia bagian timur.

Saat ini RSUD Dr. Soetomo merupakan rumah sakit tipe A pendidikan yang berdiri di atas tanah seluas 163.875 m² dengan luas bangunan 98.121 m². RSUD Dr. Soetomo tidak hanya mempunyai fungsi pelayanan pengobatan,

melainkan juga pendidikan, penelitian dan pusat rujukan tertinggi untuk wilayah Indonesia Timur. Total kapasitas tempat tidurnya adalah 1.505 tempat tidur (TT), terdiri dari: (1) GRIU Graha Amerta 155 TT; (2) Instalasi Rawat Inap 1.204 TT; (3) IGD 98 TT; (4) GBPT 42 TT; Lain-lain 6 TT.

4.2. Visi dan Misi

4.2.1. Visi RSUD Dr. Soetomo

Visi RSUD Dr. Soetomo sesuai Renstra (2014) adalah: “Menjadi rumah sakit yang bermutu internasional dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian. Penjelasan dari visi ini adalah bahwa RSUD Dr. Soetomo dalam kurun waktu tahun 2014 s.d. 2019 ingin mencapai kondisi rumah sakit yang memiliki mutu internasional dalam bidang pelayanan, pendidikan, dan penelitian.”

4.2.2. Misi RSUD Dr. Soetomo

Sebagai fondasi dalam melakukan prioritas, strategi, rencana, program, dan kegiatan yang akan dilaksanakan RSUD Dr. Soetomo pada tahun-tahun mendatang, dilakukan penyusunan misi RSUD Dr. Soetomo sesuai Renstra (2014), yaitu: “Menyelenggarakan pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian yang profesional, akuntabel yang berorientasi pada kastemer untuk menuju pelayanan kesehatan berstandar internasional.”

4.2.3. Nilai Dasar

Nilai dasar disusun sebagai acuan bagi RSUD Dr. Soetomo dalam berperilaku yang menunjang tercapainya Visi dan Misi. Nilai dasar tersebut, nantinya diharapkan dapat menjadi budaya organisasi di RSUD Dr. Soetomo.

Nilai dasar RSUD Dr. Soetomo sesuai Renstra (2014) adalah :

1. Etika
Nilai yang dijunjung tinggi dalam pergaulan petugas dengan klien, antar sesama anggota tim kesehatan, antara petugas dengan pimpinan unit kerja maupun etika dalam menjalankan profesi kesehatan dengan klien berprinsip senantiasa mengutamakan kesehatan penderita.
2. Profesionalisme
Keyakinan terhadap tatanan dalam memberikan pelayanan yang berlandaskan pada kaidah ilmiah dan kaidah profesi serta tidak bertentangan dengan norma yang berlaku di masyarakat, dengan ciri-ciri: bertanggung jawab, inovatif, kreatif, dan optimis.
3. Integritas
Berperilaku sebagai insan yang beriman, jujur, kerja keras, disiplin, berkomitmen, mendahulukan kepentingan organisasi, serta mampu menjaga keseimbangan *Emotional Quotion* (EQ), *Intelectual Quotion* (IQ), dan *Spiritual Quotion* (SQ).
4. Kemitraan
Penuh empati, berpikir positif, ikhlas, terbuka untuk pembaharuan dalam mewujudkan keberhasilan bersama.
5. Keadilan
Menjunjung tinggi keseimbangan antara hak dan kewajiban dalam menjalankan tugas sesuai beban tugas dan kinerjanya.
6. Kemandirian
Mampu mengoptimalkan kapabilitas yang dimiliki, untuk mewujudkan jati diri yang terpercaya, baik sebagai individu, tim maupun organisasi.

4.3. Tugas, Fungsi dan Struktur Organisasi RSUD Dr. Soetomo

RSUD Dr. Soetomo merupakan Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) Pemerintah Provinsi Jawa Timur yang bergerak di bidang pelayanan kesehatan. Sebagai rumah sakit tipe A (pendidikan) dan pusat rujukan pelayanan kesehatan

utama di Indonesia bagian timur, RSUD Dr. Soetomo harus mampu menjalankan fungsi besarnya tersebut dengan baik.

RSUD Dr. Soetomo mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasilguna dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya promotif, pencegahan dan penyelenggaraan upaya rujukan serta penyelenggaraan pendidikan, pelatihan tenaga kesehatan, penelitian dan pengembangan dibidang kesehatan.

Sebagai rumah sakit milik Pemerintah Provinsi, RSUD Dr. Soetomo mempunyai peran dan fungsi sebagai berikut :

- a. Penyelenggaraan Pelayanan Medik;
- b. Penyelenggaraan Pelayanan Penunjang Medik dan Non Medik;
- c. Penyelenggaraan Pelayanan dan Asuhan Keperawatan;
- d. Penyelenggaraan Pelayanan Rujukan;
- e. Penyelenggaraan usaha pendidikan dan pelatihan;
- f. Pelaksanaan fasilitasi penyelenggaraan pendidikan bagi calon dokter, dokter spesialis, sub spesialis dan tenaga kesehatan lainnya;
- g. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan kesehatan;
- h. Penyelenggaraan kegiatan ketatausahaan;
- i. Pelaksanaan tugas-tugas lain yang diberikan oleh Gubernur dan/atau Kepala Dinas Kesehatan sesuai dengan bidang tugasnya.

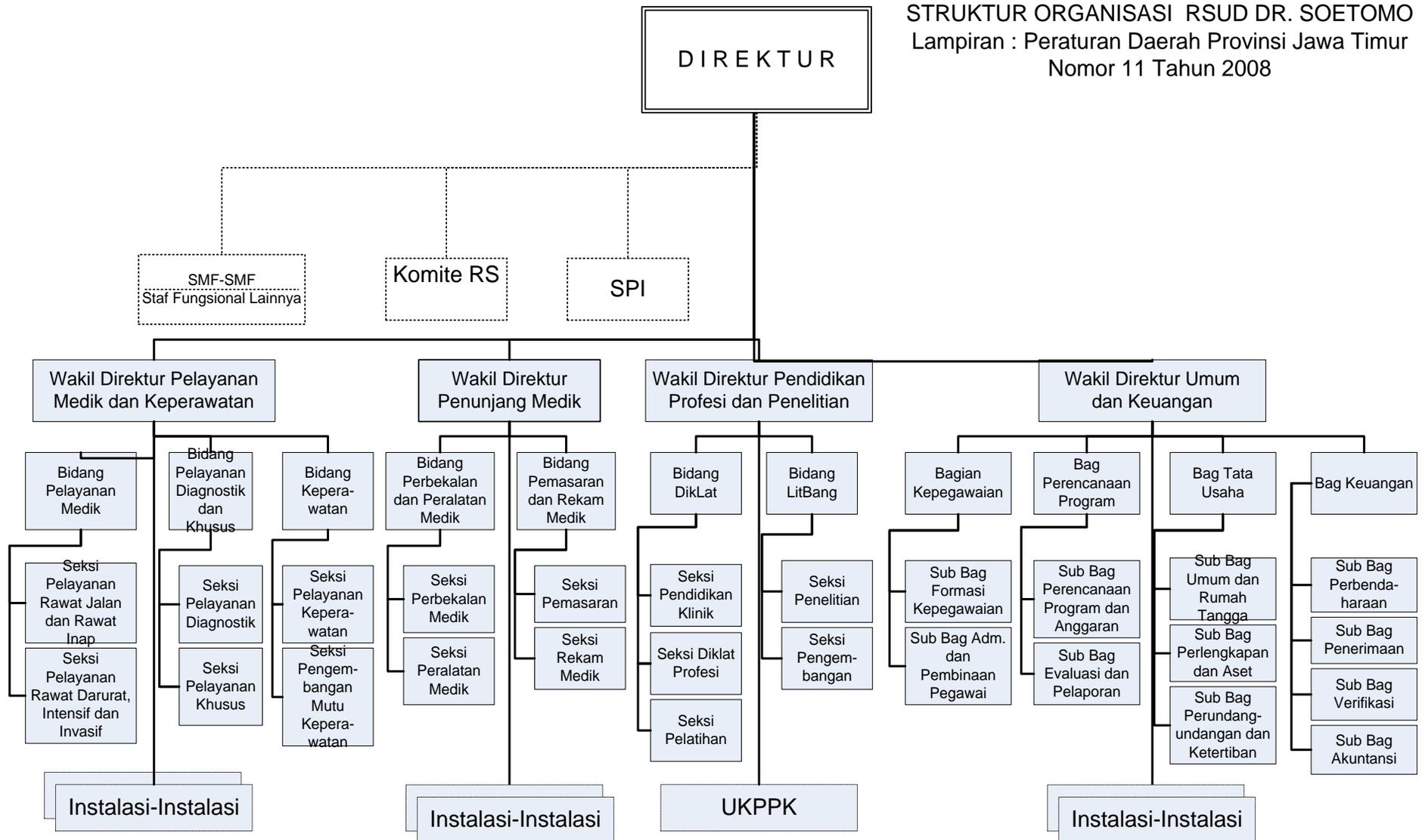
RSUD Dr. Soetomo memiliki struktur organisasi seperti yang telah ditetapkan dalam Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2008 Tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Provinsi Jawa Timur.

Susunan organisasi RSUD Dr. Soetomo Surabaya terdiri dari :

- a. Direktur
- b. Wakil Direktur Pelayanan Medik, Wakil Direktur Penunjang Medik, Wakil Direktur Pendidikan Profesi dan Penelitian, Wakil Direktur Umum Dan Keuangan.
- c. Bidang Pelayanan Medik
- d. Bidang Pelayanan Diagnostik Dan Khusus.
- e. Bidang Keperawatan
- f. Bidang Perbekalan dan Peralatan Medik
- g. Bidang Pemasaran Dan Rekam Medik
- h. Bidang Pendidikan Dan Pelatihan
- i. Bidang Penelitian dan Pengembangan
- j. Bagian Tata Usaha.
- k. Bagian Kepegawaian
- l. Bagian Perencanaan Program
- m. Instalasi - Instalasi
- n. Komite - Komite
- o. Staf Medik Fungsional dan Staf Fungsional Lainnya
- p. Satuan Pengendalian Intern (SPI)

Gambar IV.1
SOTK RSUD Dr. Soetomo

STRUKTUR ORGANISASI RSUD DR. SOETOMO
Lampiran : Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur
Nomor 11 Tahun 2008



Sumber: Renstra RSUD Dr. Soetomo Tahun 2014 s.d. 2019

4.4. Kapasitas Sumber Daya Manusia

RSUD Dr. Soetomo berupaya untuk terus-menerus meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat, salah satunya dengan memenuhi kebutuhan tenaga baik tenaga kesehatan maupun tenaga administrasi. Jumlah sumber daya manusia yang mendukung kegiatan pelayanan, pendidikan, penelitian dan administrasi di RSUD Dr. Soetomo sebagaimana tabel IV.1.

Tabel IV.1
Jenis Ketenagaan RSUD Dr. Soetomo Tahun 2011 s.d. 2015

No	Kelompok Jenis Tenaga	Tahun				
		2011 (orang)	2012 (orang)	2013 (orang)	2014 (orang)	2015 (orang)
1.	Tenaga Medis	356	312	318	340	344
2.	Keperawatan	1.372	1.441	1.362	1.372	1.382
3.	Paramedis Non Keperawatan	521	697	700	704	710
4.	Tenaga Administrasi, Teknisi, dll.	1.678	1.844	1.873	1.870	1.888
	Jumlah	3.927	4.294	4.253	4.292	4.324

Sumber: Renstra RSUD Dr. Soetomo Tahun 2014 s.d. 2019

BAB V

ANALISIS DAN PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN

Bab ini membahas analisis data yang didapat dari berbagai sumber bukti, interpretasi, serta pembahasan. Hal lain yang akan dijabarkan dalam penelitian ini adalah keterkaitan antara multi sumber bukti terhadap proposisi, serta kendala-kendala yang dialami selama penelitian.

5.1. Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini dilakukan dengan metode kualitatif dan menggunakan data primer yang diperoleh melalui wawancara mendalam (*in depth interview*). Keterbatasan pada penelitian ini meliputi subjektivitas yang ada pada peneliti. Penelitian ini sangat tergantung kepada interpretasi peneliti tentang makna yang tersirat dalam wawancara sehingga kecenderungan untuk bias masih tetap ada. Keterbatasan penelitian ini juga terletak pada *key informan*, dimana *key informan* dalam penelitian ini sebatas pada pimpinan organisasi, pejabat struktural dan staf yang bertindak juga selaku anggota tim akreditasi. Penelitian ini tidak mengambil staf operasional yang secara langsung menjalankan proses perubahan, dikarenakan penilaian kesiapan sebagaimana rumusan dan tujuan penelitian ditujukan pada kesiapan perubahan menuju pemenuhan standar akreditasi JCI, antara lain bagaimana kebijakan-kebijakan baru dirumuskan guna mendorong perubahan berlangsung, bagaimana proses pemantauan jalannya perubahan dilakukan, dsb.

5.2. Profil Responden

Kegiatan wawancara untuk memperoleh data dalam penelitian kualitatif ini dilakukan di RSUD Dr. Soetomo dengan jumlah *key informan* sebanyak 9 orang. Wawancara pertama dilakukan dengan Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan yang sekaligus bertindak selaku Ketua Eksekutif Akreditasi. Wawancara kedua dilakukan dengan Wakil Direktur Pendidikan dan Penelitian. Wawancara ketiga dilakukan dengan Koordinator Dokumen Akreditasi. Wawancara keempat dilakukan dengan Kepala Bagian Kepegawaian. Wawancara kelima dilakukan dengan Pejabat Struktural yang sekaligus tergabung dalam Anggota Tim Akreditasi. Wawancara keenam dilakukan dengan Perwakilan Staf yang sekaligus tergabung dalam anggota Tim Akreditasi.

Berikut adalah profil responden yang terdiri dari nomor responden yang diwawancarai, jabatan responden, usia responden, masa kerja, hari wawancara, tanggal wawancara serta waktu wawancara.

Tabel V.1
Profil Responden

Responden	Jabatan	Usia (th)	Masa Kerja (th)	Hari dan Tanggal Wawancara	Waktu Wawancara
1	Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan juga selaku Ketua Eksekutif Akreditasi	52	26	Rabu, 22 Juni 2016	08.23 – 08.42 WIB
2	Wakil Direktur Pendidikan dan Penelitian	54	28	Kamis, 23 Juni 2016	09.17 – 19.36 WIB
3	Staf Bidang Pelayanan Medik selaku Sekretariat Dokumen	28	4	Jumat, 17 Juni 2016	08.29 – 09.01 WIB

	Tim Akreditasi				
4	Kepala Bidang Perbekalan dan Peralatan Medik juga selaku Anggota Tim Akreditasi	52	27	Senin, 20 Juni 2016	09.46 – 10.05 WIB
5	Kepala Sub Bagian Perundangan dan Ketertiban selaku Anggota Tim Akreditasi	56	35	Rabu, 22 Juni 2016	11.39 – 11.46 WIB
7	Kepala Sub Bagian Penerimaan selaku Anggota Tim Akreditasi	54	27	Jumat, 1 Juli 2016	07.38 – 08.03 WIB
6	Staf Sub Bagian Rekam Medis selaku Anggota Tim Akreditasi	26	3	Selasa, 21 Juni 2016	11.24 – 11.35 WIB
8	Staf Bagian Keuangan selaku Anggota Tim Akreditasi	30	5	Rabu, 29 Juni 2016	09.07 – 09.23 WIB
9	Koordinator Satuan Pengamanan Polisi Pamong Praja (Satpol PP) selaku Anggota Tim Akreditasi	58	35	Rabu, 29 Juni 2016	12.05 – 12.31 WIB

5.3. Menganalisa Data *Case Study*

5.3.1. Strategi Umum dalam Menganalisa Data

Dalam penelitian studi kasus ini, terdapat dua strategi umum dalam menganalisis data, yaitu:

1. Mendasarkan pada proposisi teoretis, yaitu strategi menganalisis yang mengikuti proposisi teoretis yang terdapat dalam penelitian studi kasus ini. Hal ini didasarkan bahwa tujuan dan desain asal *case study* berdasar atas proposisi yang merupakan cerminan dari serangkaian pertanyaan penelitian, tinjauan pustaka, serta pemahaman-pemahaman baru.

2. Mengembangkan deskripsi kasus. Strategi ini digunakan ketika tidak adanya proposisi dalam penelitian *case study*. Pada strategi ini dikembangkan suatu kerangka kerja deskriptif untuk mengorganisasikan *case study*.

5.3.2. Asumsi yang Digunakan

Dalam melakukan analisis dan pembahasan dalam *case study* ini, menggunakan beberapa asumsi, yaitu:

1. Dalam penelitian, data yang digunakan adalah data yang didapatkan dari hasil *interview* dan data internal. Data yang digunakan adalah data yang relevan dengan penelitian ini, hal yang sama juga berlaku pada *key informan* yang digunakan dalam penelitian ini adalah serta merupakan *key informan* yang kompeten untuk menggambarkan segala hal yang terjadi pada RSUD Dr. Soetomo.
2. Penelitian ini membahas studi mengenai proses perubahan di RSUD Dr. Soetomo untuk memenuhi standar akreditasi JCI mengacu pada *DICE Framework*. Penelitian ini menggunakan *holistic single case study*, sehingga pada analisis dan pembahasan harus tetap mengacu pada RSUD Dr. Soetomo secara keseluruhan.

5.3.3. Strategi Teknis Analisis Data

Pada penelitian *case study* ini menggunakan strategi analisis *pattern matching* yaitu dengan membandingkan logika berpikir secara empiris yang didasarkan pada pola serta beberapa prediksi tertentu. Jika ditemukan kesamaan

antara apa yang diprediksikan dengan yang terjadi, maka hal ini dapat memperkuat validitas internal (*internal validity*) dalam penelitian ini. Pada penelitian *case study* yang merupakan penelitian *explanatory, pattern matching* berhubungan dengan proposisi, yaitu:

Proyek perubahan di RSUD Dr. Soetomo dalam pemenuhan standar akreditasi JCI dapat berjalan dengan lancar apabila organisasi tidak hanya mempertimbangkan faktor lunak manajemen perubahan namun juga faktor keras manajemen perubahan yaitu diantaranya: *Duration, Integrity, Commitment* dan *Effort*.

5.4. Analisis Data yang Berkaitan dengan Proposisi

5.4.1. Faktor keras manajemen perubahan 1: *Duration*

5.4.1.1. Pimpinan RSUD Dr. Soetomo

Tabel V.2. menunjukkan jawaban *key informan* Direksi terhadap pertanyaan-pertanyaan seputar elemen *duration* atas proyek perubahan dalam pemenuhan standar JCI di RSUD Dr. Soetomo. Direksi menyatakan bahwa *review* terhadap proyek perubahan dalam pemenuhan standar JCI telah terjadwal berdasarkan tahapan yang ditentukan pada awal proyek dilakukan. Beberapa implementasi juga dilakukan secara bertahap guna memungkinkan proses *review* dilakukan lebih maksimal. Beriringan sejalan dengan proses *review*, implementasi pemenuhan standar akreditasi terus dijalankan. Dari hasil implementasi tersebut tim mendapatkan beberapa temuan yang kemudian dipakai sebagai bahan perbaikan terhadap proses evaluasi atau *review*. Berdasarkan bahan perbaikan

tersebut, mekanisme *review* terus-menerus dilakukan penyempurnaan, sehingga pengimplementasian perubahan sesuai standar JCI saat ini diklaim Direksi telah menemukan formulanya yang paling sesuai dengan kebutuhan perubahan.

Mengenai institusionalisasi proses *review* terhadap proyek perubahan, Direksi menyatakan bahwa proses *review* khusus untuk pemenuhan standar JCI telah dibakukan dalam bentuk kebijakan yang dinamakan Strategi JCI. Kebijakan Strategi JCI, telah memuat tata cara melakukan pembenahan dan waktu penyelesaiannya. Namun Direksi menyampaikan bahwa proses *review* atas proyek perubahan, yang tidak terbatas dalam rangka pemenuhan standar JCI, belum ada kebijakannya. Kebijakan *review* atas setiap proyek perubahan tersebut diharapkan Direksi dapat segera terwujud di dalam Rencana Strategi Bisnis RSUD Dr. Soetomo, yang saat ini masih belum selesai penyusunannya. Direksi juga menyatakan bahwa sebenarnya RSUD Dr. Soetomo memiliki *master plan* pembangunan sejak tahun 2004. *Master plan* pembangunan tersebut menurut Direksi, idealnya menjadi acuan seluruh pembangunan yang direncanakan di RSUD Dr. Soetomo. Namun sementara ini *master plan* tersebut belum dijadikan acuan pembangunan, padahal pemenuhan standar JCI menuntut banyak pembangunan, perbaikan atau penambahan sarana dan prasarana penunjang pelayanan. Akibatnya banyak pemenuhan sarana dan prasarana baru menemui kendala, seperti dicontohkan pembangunan gedung yang menempati ruang, dimana berdasarkan *master plan* termasuk dalam ruang hijau RSUD Dr. Soetomo, dsb.

Dalam melakukan tahapan perbaikan, tim akreditasi telah menyepakati tahapan-tahapan pelaksanaan yang dibagi berdasarkan periode penyelesaian yakni: Prioritas 1, wajib dipenuhi paling lambat Juni 2016; Prioritas 2, paling lambat September 2016; Prioritas 3, paling lambat sampai dengan November 2016.

Dalam setiap rapat dengan agenda *review* pemenuhan standar JCI, para *tracer* yang bertugas merekam kondisi terkini implementasi standar JCI akan melaporkan capaian kegiatan kepada setiap Kelompok Kerja dalam Tim Akreditasi. Kelompok Kerja merupakan pengelompokan Tim Akreditasi berdasarkan wilayah kerja sesuai standar-standar JCI. Kelompok kerja lah yang mengkompilasi berbagai temuan lapangan para *tracer* untuk kemudian dilaporkan kepada Direksi yang menjabat Wali dalam Tim Akreditasi.

Tabel V.2. : Jawaban *Key Informan* Direksi terhadap Pertanyaan *Duration*

Pertanyaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seberapa sering (durasi) <i>review</i> atas proyek perubahan untuk pemenuhan standar JCI dilakukan di RSUD Dr. Soetomo? 2. Bagaimana pimpinan organisasi mendukung institusionalisasi proses <i>review</i> atas proyek perubahan dalam kebijakan rumah sakit? 3. Apakah <i>milestones</i> telah terjadwal target pencapaiannya? 4. Bagaimana pimpinan organisasi memberikan perhatian? pada rapat-rapat dengan agenda <i>review</i> terhadap <i>milestones</i>?
Nomor	Jawaban Responden
<i>Key Informan</i> 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Review terhadap progress kemajuannya, iya. Jadi kan tata caranya kan manajemennya JCI itu kan kita punya yang dinamakan zona marking, itu metode dimana kekurangan-kekurangan aplikasi JCI, implementasi JCI, itu kita kerjakan bareng-bareng disana, kita evaluasi bareng-bareng disana. Ada namanya tim implementasi, tim implementasi itu yang terus-menerus melakukan pantauan-pantauan, melakukan implementasi standar JCI yang dijalankan oleh case manager, oleh kawan-kawan di lapangan. Jadi nanti

	<p>kalau ada temuan-temuan selama menjalankan akreditasi, menjalankan standar JCI para tim implementasi itu, lapangan namanya tracer kan, nah kalau di temukan sesuatu di lapangan diselesaikan, kalau tidak bisa diselesaikan dilakukan rapat-rapat, dilakukan koordinasi dengan sub koordinator atau pokja-pokja, sesuai dengan temuannya, terus seperti itu. Jadi secara berkala dilakukan revisi, tetapi juga sesuai dengan temuan di lapangan. Jadi ada indikator-indikator, kalau tidak tercapai indikatornya akan dilakukan diskusi.</p> <p>2. Ada kebijakan tentang review, namanya strategi JCI. Strategi, implementasi dan pelaksanaan JCI, jadi bagaimana menjalankan pembenahan-pembenahan itu ada. Ada prosesnya.</p> <p>3. Jadi targetnya (milestone) dibagi menjadi 3 kan, pembenahan-pembenahan. Prioritas 1, 2 dan 3. 1 (satu) itu yang kira-kira bisa dikerjakan sekitar sampai bulan Juni ini. Juli, Agustus, September ini prioritas 2 (dua). September, Oktober dan November itu yang ke 3. Tapi milestone yang paling bagus, yang sudah terbukti bahwa anggaran JCI itu sudah ada. Artinya apa, JCI itu sudah teranggarkan. Artinya teranggarkan sesuai dengan kebutuhannya JCI.</p> <p>4. Pada prinsipnya Wakil Direktur selalu hadir. Direksi kan namanya wali (jabatan dalam struktur akreditasi). Jadi para tracer memberikan laporan kepada pokja, kemudian pokja mengkompilasi laporan itu, kemudian dilaporkan di dalam capaian-capaian kegiatan. Apa namanya itu self audit, capaian-capaian kegiatannya itulah yang nanti dianukan oleh para wali. Wali itu terdiri dari para Direksi. Nanti dievaluasi kenapa baru nyampe sak gini, kenapa sak gini. Itu dilakukan langsung pada saat pertemuan.</p>
<p><i>Key Informan 2</i></p>	<p>1. Ya pasti. Pasti. Memang beberapa saat yang lalu kita ketemu tiap minggu. Dr. Joni sebagai Ketua Eksekutif Akreditasi melaporkan kepada Direksi progressnya, progress report tiap minggu. Nah kemudian sekarang kita sudah menemukan formulanya ada beberapa perbaikan yang perlu dilakukan. Yang pertama perbaikan sarana fisik, sarana prasarana, gedung dan lain sebagainya. Kemudian sudah. Kemudian kedua peralatan medis dan lain-lain. Nah yang paling sulit sebenarnya yang ketiga yakni perubahan pada perilaku-perilaku. Perilaku pelaku pelayanan. Jadi itu yang kita kerjakan sekarang, nah sekarang perubahan</p>

	<p>perilaku ini kita lakukan dengan pelatihan-pelatihan. Mmm... tentunya juga pelatihan tidak menyelesaikan masalah, yang dilihat adalah implementasinya. Yang sekarang sedang kita kerjakan adalah survey pada rekam medik. Rekam medik sudah disurvey untuk dilihat kepatuhannya. Sebetulnya rekam medik ini suatu dokumen yang penting dan ini sebenarnya merupakan tools yang baik sekali untuk melakukan survey. Akreditasi fokusnya selalu ke rekam medik. Kalau rekam mediknya bagus, diharapkan semuanya bagus. Nah sementara survey rekam medik di satu bulan ini sementara trial di 4 SMF dan beberapa unit yang terkait, kemudian selanjutnya akan dilakukan sampai mock survey bulan Oktober (2016).</p> <p>2. Ya, jadi begini. Itulah kelemahan di RS Dr. Soetomo, kelemahan kita adalah pertama yang sekarang sedang akan dilakukan telaah dan review adalah RSB (Rencana Strategi Bisnis) kita. Rencana Strategi Bisnis kita itu kemaren lebih berbentuk Renstra (Rencana Strategis). Jadi gini, ada perbedaan yang sangat mendasar antara, menurut saya loh ya, Renstra dan RSB. Renstra itu lebih ke arah mimpi-mimpi yang kadang-kadang susah untuk dilaksanakan, diukur keberhasilannya. Sedangkan RSB namanya Rencana Strategi Bisnis. Namanya rumah sakit Dr. Soetomo sudah BLUD (Badan Layanan Umum Daerah), maka harus membuat RSB. Nah kalau rencana strategi bisnis itu jelas sekali targetnya apa, dicapai kapan, duit e piro, itu. Jelas sekali. Nah yang kita kerjakan kemaren lebih ke arah Renstra (Rencana Strategis). Sekarang ini sedang dilakukan review kemudian akan dilakukan revisi, sehingga kita nanti akan mempunyai RSB yang jelas. Itu yang pertama, artinya apa, kita secara belum mempunyai dokumen yang secara jelas menggambarkan kita mau kemana, itu. Apa target kita dan seterusnya, belum jelas, satu. Kemudian akreditasi ini membuka mata kita, membuka wawasan kita bahwa bagaimana seharusnya rumah sakit itu dikelola. JCI luar biasa, KARS (Akreditasi oleh Kemenkes RI) memang mengadopsi dari JCI tetapi dari siapa namanya, menurut saya dari sisi perumahan sakitan JCI jauh lebih bagus daripada KARS. Mungkin ya karena tergantung surveyor, dan lain sebagainya. Jadi JCI ini membuka wawasan kita bagaimana kita harus melakukan pendidikan-pendidikan tenaga medis. Sebagai rumah sakit pendidikan juga kita harus ikut AMC (Academic Medical Center), ada juga HRP, Human Research Project, bagaimana cara kita melakukan penelitian-penelitian yang terkait dengan objek subjek</p>
--	---

	<p>manusia sebagai, manusia sebagai objeknya. Jadi memang luar biasa nah, artinya bahwa satu kita belum tertata, dokumennya belum bagus, kedua, ketiga pertemuan-pertemuan itu sementara kita mengacu pada, apa namanya terkait dengan JCI. Sementara yang lain, sementara kita tinggalkan dulu, karena, jadi begini karena benang merahnya ada di JCI. Apapun yang kita kerjakan itu harus terkait dengan JCI, karena kalau ndak akan menjadi pemborosan nanti. JCI itu mahal, jadi semua kegiatan kita itu fokusnya pada JCI, jadi perbaikan gedung sarana-prasarana dan lain sebagainya, sementara itu. Jadi yang terdokumentasi adakah JCI ini, jadi yang lain sementara belum. Terdokumentasikan sehingga ya memang belum ada dokumentasinya. Kemudian yang kedua itu adalah kita mereview lagi master plan. Karena ada perencanaan pembangunan besar-besaran di Soetomo, kita mereview master plan. Karena apa, master plan yang ada di rumah sakit Dr. Soetomo yang sudah ada sejak tahun 2004 itu waktu ada pembangunan gedung di Soetomo itu tidak pernah dilihat. Sehingga gedunge gak karu-karuan. Mestinya ada yang buat lahan hijau, dipasang gedung dan lain sebagainya, ya artinya kita tidak melihat dokumen yang sudah kita buat sendiri. Oleh karena itu akan direview lagi sehingga semoga pembangunan gedung ke depan itu lebih terarah dan tidak mengurangi kawasan hijau di rumah sakit.</p> <p>3. Tentu, berdasarkan skala prioritas yang sudah kami sepakati bersama dalam rapat.</p> <p>4. JCI itu sebagai tools, alat kita untuk menjadi rumah sakit lebih baik. Yang disampaikan pak Direktur adalah “saya tidak penting JCI itu lulus atau tidak lulus. Yang penting adalah perubahan sikap kita, perubahan perilaku, perubahan ini yang menuju ke arah lebih baik”. Itu yang penting. Alat ukurnya apa, alat ukurnya JCI.</p>
--	--

Sumber: Hasil Wawancara

5.4.1.2. Koordinator Dokumen Akreditasi

Tabel V.3 menunjukkan jawaban *key informan* koordinator dokumen terhadap pertanyaan-pertanyaan seputar faktor *duration* dalam proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI. *Key informan* menyatakan bahwa

terhadap proses pemenuhan standar JCI telah disusun *timeline* berisi *progress* yang harus dicapai tim akreditasi dalam jangka waktu yang telah ditentukan. Kelompok Kerja, sebagai bagian dalam Tim Akreditasi, kemudian menjabarkan *timeline* tersebut ke dalam rencana kerja masing-masing. Proses *review* dinyatakan *key informan* terus-menerus mengalami penyempurnaan dalam perjalanan pemenuhan standar JCI.

Key informan menyatakan bahwa tidak ada proses *review* yang dibakukan dalam bentuk kebijakan. Menurut *key informan* review terhadap proses pemenuhan standar JCI dilakukan dengan pendekatan “*learning by doing*”, yakni apabila dirasa proses *review* kurang efektif maka akan dilakukan perubahan. *Key informan* juga menyatakan bahwa proses *review* dipengaruhi oleh hasil *assessment* yang dilakukan oleh tim surveyor akreditasi. Hasil *assessment* dan rekomendasi tim *surveyor* akan digunakan sebagai dasar penyempurnaan proses pemenuhan standar JCI, salah satunya proses *review*nya.

Target atau *milestone* dalam pencapaian standar JCI telah dimiliki tim sebagai bagian dari rencana kerja. Target atau *milestone* dimaksud didapat dari hasil *initial assessment* oleh tim *surveyor* akreditasi yang diwujudkan dalam dokumen *Strategic Improvement Plan*. Dalam *Strategic Improvement Plan* telah lengkap menyebut standar apa saja yang harus dipenuhi beserta penentuan batas waktu pemenuhannya.

Key informan menyatakan bahwa perhatian Direksi terhadap rapat-rapat pemenuhan standar JCI masih kurang. Menurut *key informan* Direksi seringkali

hadir dalam rapat, namun langkah konkrit penyelesaian masalah yang diangkat dalam rapat dirasa *key informan* masih kurang.

Tabel V.3. : Jawaban *Key Informan* Koordinator Dokumen Akreditasi terhadap Pertanyaan *Duration*

Pertanyaan	Jawaban Responden
Nomor	Jawaban Responden
<p><i>Key Informan 3</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Review</i> hanya sekali saja, karena rumah sakit yang akreditasi merupakan amanat Undang Undang Nomor 66 Tahun 2014, mau tidak mau perubahan paradigma perlu dilakukan. Terhadap <i>review</i> pemenuhan standar akreditasi JCI tersebut sudah kita bikin <i>timeline</i>, jadi jelas ketika fasenya kita sudah harus siapkan regulasi (JCI) maka harus segera dipenuhi oleh Pokja-pokja (Kelompok Kerja dalam Tim Akreditasi). Jadi berdasarkan <i>timeline</i> tersebut ya harus dipenuhi oleh Pokja-pokja. 2. Proses <i>review</i> pasti berubah. Apabila dalam perjalanan <i>review</i> ternyata ada kelemahan, maka akan dibuat perubahan. Misalnya dulu masing-masing Pokja disertai untuk membuat <i>review</i> sendiri-sendiri. Namun ternyata dalam perjalanannya hal tersebut ada kelemahan, karena ada Pokja yang berjalan dan ada Pokja yang tidak berjalan. Nah Pokja yang tidak berjalan itu kemudian kita lakukan <i>assisting</i> atau <i>mentoring</i>, itu kan suatu bentuk perubahan. Belum ada proses <i>review</i> yang dibakukan, misalnya setiap periode tertentu kita harus <i>review</i>, itu nggak ada. Karena pendekatan kita itu <i>learning by doing</i>, jadi apabila dirasa dalam sekian waktu tidak ada perubahan ya kita akan merubah proses yang sudah dilakukan itu. 3. Kira-kira setelah <i>initial assessment</i> kemaren kan kita mau <i>mock survey</i>, <i>mock survey</i> itu sekitar bulan Oktober pertengahan. Berdasarkan <i>mock survey</i> itu kita lihat temuannya seperti apa nanti pasti berubah lagi (metode <i>review</i>). <i>Mock survey</i> akan dilakukan bulan pertengahan

	<p>Oktober 2016. <i>Initial survey</i> akan bergantung pada hasil <i>mock survey</i>. Ketika <i>mock survey</i> berjalan baik maka <i>initial survey</i> bisa dilakukan pada tahun depan. Apabila temuan <i>mock survey</i> masih banyak maka tidak bisa kita ikut <i>initial survey</i> di tahun depan, terpaksa kita harus ikut standar akreditasi yang versi 6, yang notabene itu standar yang lebih baru dari yang sudah kita jalani dalam persiapan sekarang ini.</p> <p>Target-target ada atas masukan konsultan JCI, karena ketika <i>initial assessment</i> kemaren itu kan lebih kepada pembimbingan. Dia (konsultan JCI) melakukan <i>assessment</i>, yang menghasilkan SIP, SIP itu <i>Strategic Improvement Plan</i>. Dari <i>Strategic Improvement Plan</i> itu, rumah sakit yang mendefinisikan. Konsultan JCI menyiapkan <i>template</i> apa saja yang harus diisi. Kita harus apa dalam jangka waktu sampai kapan, misalnya dokumen. Ada fase sosialisasi dan implementasi, tapi waktunya itu Direktur atau Ketua Eksekutif yang menentukan, atas masukan juga dari Pokja-pokja. Misalnya dokumen ditarget triwulan pertama harus selesai, dst berdasarkan prioritas.</p> <p>4. Saya rasa perhatian Direksi terhadap rapat-rapat itu masih kurang. Seharusnya masih bisa lebih dari yang kemaren, harusnya dari Direksi sudah membagi diri sesuai wilayahnya bersama-sama Pokja sesuai permasalahannya, tapi saya rasa masih kurang.</p> <p>Iya bisa dikatakan seperti itu, karena dari tingkat kehadiran saja ada Direksi yang cukup hadir lumayan. Namun langkah konkrit penyelesaian masih kurang dalam rapat.</p> <p>Yang kita rasakan disini, kelemahannya adalah <i>decision making</i> (dari Direksi), jadi <i>mid level</i> ke bawah bingung mau kemana, itu yang dirasakan.</p>
--	--

Sumber: Hasil Wawancara

5.4.2. Faktor keras manajemen perubahan 2: *Integrity*

5.4.2.1. Pimpinan RSUD Dr. Soetomo

Tabel V.4. menunjukkan jawaban *key informan* Direksi terhadap pertanyaan-pertanyaan seputar faktor *integrity* dalam pemenuhan standar JCI. Direksi menyatakan bahwa tim akreditasi telah disusun dari staf yang mewakili setiap bidang atau unit kerja di RSUD Dr. Soetomo. Namun dalam perjalanannya,

telah dilakukan perubahan dalam susunan tim untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi kerjanya.

Direksi menyampaikan bahwa tidak ada wawancara khusus yang dilakukan pada waktu rekrutmen staf untuk mengisi posisi di Tim Akreditasi. Proses rekrutmen *key person* dalam tim akreditasi dilakukan melalui penunjukan langsung oleh Direksi, yang kemudian *key person* akan menunjuk anggota tim akreditasi lainnya.

Dalam melaksanakan tugas pemenuhan standar JCI, Direksi menyatakan bahwa Tim Akreditasi telah diberikan aturan-aturan yang jelas dalam menjalankan tugasnya. Telah ditentukan pula siapa saja dari anggota tim yang harus berkomitmen penuh mengalokasikan waktu dan tenaga untuk menyelesaikan pemenuhan standar JCI.

Direksi menyampaikan bahwa telah ada insentif khusus yang diberikan kepada Tim Akreditasi. Insentif dimaksud berupa: Pertama, honor kepanitiaan yang diberikan sekali dalam setiap tahun anggaran karena tergabung sebagai tim akreditasi; Kedua, Poin dalam sistem insentif berbasis kinerja yang ada di RSUD Dr. Soetomo. Poin dalam insentif diberikan berdasarkan keikutsertaan dalam tim, bukan kinerja.

Wakil Direktur Pelayanan Medik selaku Ketua Eksekutif Akreditasi menyatakan bahwa optimisme dan realisme pemenuhan standar JCI telah disampaikan ke seluruh anggota Tim. Optimisme guna memotivasi pencapaian pemenuhan standar JCI dan realisme yang berkaitan dengan kesulitan-kesulitan yang mungkin akan dihadapi anggota tim dalam pemenuhan standar JCI.

Tabel V.4. : Jawaban Key Informan Direksi terhadap Pertanyaan Integrity

Pertanyaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana susunan SDM (baik kapasitas dan kapabilitas tiap individu maupun komposisi penyusun tim) dalam tim akreditasi RSUD Dr. Soetomo? 2. Bagaimana aturan-aturan, komitmen dan akuntabilitas terhadap tugas diberikan kepada tim akreditasi? 3. Bagaimana kebijakan pimpinan organisasi tentang penilaian kinerja dan insentif khusus untuk tim akreditasi? 4. Apakah Ketua Eksekutif Akreditasi telah menyampaikan optimisme dan realisme terkait proyek perbahan dalam pemenuhan standar JCI?
Nomor	Jawaban Responden
<i>Key Informan1</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Iya, jadi JCI merupakan kerja bareng. Karena kerja bareng makanya seluruh timnya itu adalah tim-tim ya kita semua ini. Kita semua ini, hampir semua representatif. Tim itu direpresentasikan di kita, di pegawainya, semua ada wakilnya dalam JCI. Semua sudah punya kapasitas dan kapabilitas di bidangnya. 2. Nggak ada wawancara khusus untuk rekrutmen anggota tim, key person juga. Dibentuk dulu tim inti, kemudian tim inti itu membuat job desk apa yang perlu dikerjakan, kemudan dari job desk itu mencari pioneer nya, ketua-ketuanya itu yang akan mencari anggotanya. Tim inti dibentuk dari arahan Direksi. Jelas, siapa berbuat apa. Siapa berwenang dalam implementasi apa. Termasuk komitmen dalam menjalankan. Sudah ditentukan siapa-siapa yang harus komit penuh. 3. Ada insentif khusus, khususnya ada dalam bentuk honor kepanitiaan. Sebagai panitia dia juga masuk dalam remunerasi. Masuk ke dalam sistem remunerasi rumah sakit. 4. Sudah disampaikan optimisme dan realisme tentang akreditasi. Karena kita punya plan of action, sampai bulan september, oktober itu apa yang kita kerjakan apa yang belum itu sudah kita mapping kan.
<i>Key Informan2</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jadi tim akreditasi ini adalah revisi yang kesekian kali,kita tahu bahwa, jadi rumah sakit ini sebagian besar, jadi rumah sakit ini kan unik. Rumah sakit ini unik sekali, unik itu, organisasi yang padat karya, padat teknologi. Padat knowledge juga, macem-macem. Nah sehingga pendekatannya juga macem-macem. Nah terkait akreditasi, JCI terutama. Pada awal kita mengakomodasi semua, sarana

	<p>kemampuan SDM yang ada. Ternyata dalam perjalanannya ini tidak jalan pak. Bukan tidak jalan dalam arti apa, karena terlalu gemuk, ininya, organisasinya ini, maka siapa mengerjakan apa itu tidak jelas. Setelah dilakukan revisi-revisi, sekarang sudah, insya Allah revisi yang terakhir sudah ideal.</p> <p>2. Kami manajemen lebih banyak mensupport saja. Kenapa mensupport karena nanti apa sasaran survey itu bukan di manajemen tapi di fungsional, di unit- unit layanan. Jadi kami ini sekarang fungsinya adalah mensupport bagaimana supaya unit-unit layanan ini terberdayakan. Baik dari sisi sarana-prasarana maupun SDM. Itu yang kita kerjakan sekarang, karena nanti yang disurvei bukan saya pasti.</p>
--	--

Sumber: Hasil Wawancara

5.4.2.2. Koordinator Dokumen Akreditasi

Tabel V.5 berisi jawaban *key informan* koordinator dokumen terhadap pertanyaan-pertanyaan tentang faktor *integrity* dalam proyek perubahan untuk pemenuhan standar JCI. *Key informan* menyatakan bahwa tim akreditasi telah mewakili SDM yang dibutuhkan guna pemenuhan standar JCI. *Key informan* menyatakan bahwa meskipun tim sudah mewakili SDM yang dibutuhkan, namun beberapa individu tidak bisa menjalankan tugasnya dengan optimal, misalnya karena kesibukan, dsb. Dan terhadap permasalahan SDM tersebut, tidak dilakukan *review* terhadap anggota yang bersangkutan, sehingga masih dipertahankan dalam tim dengan segala keterbatasan anggota dimaksud.

Key informan menyatakan bahwa tidak ada mekanisme wawancara khusus yang dilakukan Direksi terhadap tim akreditasi. Adapun prosesnya, menurut *key informan*, Direksi melakukan penunjukan Ketua Eksekutif Akreditasi, kemudian Ketua Tim merekomendasikan *key person* dalam proyek perubahan untuk menduduki jabatan koordinator dan sub koordinator kelompok

kerja. Dan kemudian koordinator beserta sub koordinator pokja lah yang diberi wewenang untuk menunjuk anggota tim masing-masing.

Key informan menyatakan bahwa tim akreditasi telah diberikan aturan-aturan yang jelas, dalam menjalankan tugasnya, oleh Ketua Eksekutif Akreditasi. Namun *key informan* menyatakan bahwa tidak ada pembicaraan mengenai komitmen, pengalokasian waktu dan tenaga, setiap anggota tim terhadap penyelesaian pemenuhan standar JCI. Seluruh anggota tim mengerjakan tugas harian masing-masing dengan beban yang sama seperti sebelumnya, sehingga beberapa diantara anggota tim kelebihan beban kerja. Namun anggota yang mengeluhkan beban kerja tersebut tetap dipertahankan sebagai anggota tim.

Terhadap insentif khusus berbasis penilaian kinerja untuk tim akreditasi, *key informan* menyatakan bahwa penilaian kinerja melalui penghitungan capaian masing-masing kelompok kerja terhadap standar telah dilakukan. Namun hasil evaluasi dimaksud tidak dijadikan dasar untuk melakukan evaluasi efektifitas kerja tim. Sedangkan insentif khusus kepada tim, *key informan* menyatakan ada dan diberikan satu tahun sekali. Jumlah insentif menurut *key informan* terhitung kecil, karena *key informan* berpendapat bahwa pekerjaan pemenuhan standar JCI merupakan kerja gotong royong, sehingga tidak fokus pada penilaian kinerja untuk insentif.

Tabel V.5. : Jawaban *Key Informan* Koordinator Dokumen Akreditasi terhadap Pertanyaan *Integrity*

Pertanyaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana susunan SDM (baik kapasitas dan kapabilitas tiap individu maupun komposisi tim penyusun) dalam tim akreditasi RSUD Dr. Soetomo? 2. Bagaimana aturan-aturan, komitmen dan akuntabilitas terhadap tugas diberikan kepada tim akreditasi?
------------	--

	<p>Bagaimana pembebanan tugas dan komitmen yang harus diberikan anggota tim akreditasi dalam proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?</p> <p>3. Bagaimana tim akreditasi mengalokasikan waktunya untuk mengerjakan proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?</p> <p>4. Bagaimana kebijakan tentang penilaian kinerja dan insentif khusus untuk tim akreditasi?</p>
Nomor	Jawaban Responden
Key Informan3	<p>1. Komposisinya sebetulnya, karena kita sudah sepakat memakai sistem pokja ya, desain awalnya cukup mewakili. Jadi ketika pokja itu fokus pada hal tertentu, maka SDM yang dipilih disesuaikan dengan hal tersebut. Cuma itu tadi, harusnya dari susunan itu harus ada <i>review</i>. Dalam arti, bisa jadi orang tersebut kompeten atau mampu tapi ada kendala berupa waktu. Jadi harusnya hal tersebut diakomodasi. Nah itu yang saya rasa masih kurang, orangnya tidak direview, dan tetap dipertahankan. Atau ada orang yang terang-terangan menyatakan bahwa dia tidak bisa tapi masih masuk dalam pokja.</p> <p>2. Mekanisme pemilihan tim dari Ketua yang menentukan. Ketua hanya menentukan <i>key person</i> nya. Misalnya Ketua dan Sekretaris, nah di bawah level itu dalam koordinator atau sub koordinator, masing-masing koordinator yang memilih sendiri anggotanya. Tidak ada wawancara khusus dari Direksi atau Ketua Eksekutif Akreditasi terhadap koordinator atau sekretaris yang akan dipilih. Dalam menyusun tim tadi, pertama harus disahkan oleh Direktur akan bisa jalan. Nah disana dilengkapi dengan tupoksi-tupoksi. Dari tupoksi itu kan kadang kita menterjemahkannya agak susah. Jadi dari Ketua tim (Ketua Eksekutif Akreditasi) itu presentasi memberikan alur kerja, disitu termasuk aturan main dari tim itu, termasuk di dalamnya Pokja-pokja.</p> <p>3. Pengalokasian waktu khusus itu tidak ada. Mungkin orangnya ini ketika dia sudah tidak mampu, tetapi dia tidak tertangkap oleh tim akreditasi. Meskipun orangnya sudah nggak mampu, tetapi masih tetap dalam tim.</p> <p>4. Penilaian kerjanya itu sebenarnya ada, misalnya pokja itu, berapa persen dari <i>progress</i> yang disusun, itu ada datanya. Seberapa aktif pokja itu, itu juga ada datanya. Kembali lagi data itu tidak dipakai untuk melakukan evaluasi, itu yang</p>

	<p>terkait penilaian kinerja pokja. Kalau yang insentif itu ada, tapi mungkin hanya satu tahun sekali dan jumlahnya tidak banyak. Mungkin itu lebih kepada penekanannya di awal bahwa insentif ada tapi kecil karena lebih kepada kerja gotong royong, bukan fokus pada penilaian kinerja untuk insentif.</p>
--	--

Sumber: Hasil Wawancara

5.4.2.3. Pejabat Struktural dan Selaku Anggota Tim Akreditasi

Tabel V.6 berisi jawaban *key informan* Pejabat Struktural, yang tergabung dalam anggota Tim Akreditasi, terhadap pertanyaan-pertanyaan seputar faktor *integrity* dalam pemenuhan standar JCI. Kepala Bidang Perbekalan dan Peralatan Medik (Ka Bid PPM - responden 4) menyatakan bahwa Tim Akreditasi telah disusun dari SDM yang memiliki kompetensi untuk menjalankan tugas pemenuhan standar JCI. Begitu juga dengan Kepala Sub Bagian Perundangan dan Ketertiban (Ka Sub Bag Perundtib - responden 5) yang menyatakan hal sama terkait susunan SDM dalam tim akreditasi, bahwa Tim Akreditasi telah memiliki kompetensi untuk menunjang pelaksanaan pemenuhan standar JCI. Namun Ka Bid PPM menyatakan bahwa masih terdapat kelemahan tim dalam hal koordinasi, integrasi dan sinkronisasi dalam melaksanakan standar JCI. Kelompok Kerja dalam Tim Akreditasi, yang bertugas menterjemahkan standar JCI ke dalam implementasi di lapangan, kurang berkoodinasi dengan bidang/ bagian/ unit kerja terkait pelaksanaannya, padahal pelaksanaan operasional dalam penguasaan bidang/ bagian/ unit kerja dimaksud. Ka Bid PPM berpendapat bahwa belum ada peran signifikan dari Direksi dalam mengatur koordinasi kelompok kerja dan bidang/ bagian/ unit kerja. Ka Bid PPM juga menyatakan bahwa tim belum

diberikan aturan-aturan yang jelas dalam melaksanakan tugas dalam pemenuhan standar JCI, yakni pada area implementasi standar JCI di lapangan.

Ka Bid PPM menyatakan bahwa anggota tim akreditasi dipilih dari SDM yang memiliki dedikasi, loyalitas, dan integritas dalam melaksanakan tugas JCI. Namun dalam melaksanakan tugas akreditasi disamping tugas harian, ada beberapa yang kurang maksimal menjalankan karena beban yang besar. Sedangkan Ka Sub Bag Perundtib menyatakan bahwa baik penyelesaian pekerjaan harian maupun pemenuhan standar JCI adalah kewajiban yang harus dilaksanakan.

Dalam hal insentif tim akreditasi sesuai kinerja, Ka Bid PPM menyatakan bahwa insentif untuk tim akreditasi diberikan dalam bentuk honor tim dan dalam bentuk poin yang masuk dalam hitungan remunerasi/ insentif staf yang bersangkutan. Sedangkan Ka Sub Bag Perundtib menyatakan bahwa melaksanakan tugas JCI merupakan kewajiban, sehingga menurut Ka Sub Bag Perundtib anggota tim tidak perlu menuntut kompensasi berupa insentif.

Tabel V.6. : Jawaban Key Informan Anggota Tim Akreditasi terhadap Pertanyaan Integrity

Pertanyaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana susunan SDM (baik kapasitas dan kapabilitas tiap individu maupun komposisi tim penyusun) dalam tim akreditasi RSUD Dr. Soetomo? 2. Bagaimana aturan-aturan, komitmen dan akuntabilitas terhadap tugas diberikan kepada tim akreditasi? Bagaimana pembebanan tugas dan komitmen yang harus diberikan anggota tim akreditasi dalam proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI? 3. Bagaimana tim akreditasi mengalokasikan waktunya untuk mengerjakan proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI? 4. Bagaimana kebijakan tentang penilaian kinerja dan insentif khusus untuk tim akreditasi?
------------	---

Nomor	Jawaban Responden
<p><i>Key Informan4</i></p>	<p>1. Kalau menurut saya, susunan personalnya yang ada di tim akreditasi sudah bagus, sudah punya kompetensi masing-masing. Integritasnya juga sudah diakui, ketika mereka dipilih untuk menduduki di posisi JCI. Hanya masalahnya yang perlu dipikirkan dokumen-dokumen yang ada di akreditasi adalah dokumen-dokumen teori yang perlu diimplementasikan, nah ketika diimplementasikan ini yang perlu adanya koordinasi, integrasi dan kemudian sinkronisasi di unit kerja. Itu yang perlu dipikirkan. Contoh, PPI (Pusat Pengendalian Infeksi) punya dokumen-dokumen yang lengkap, orang-orangnya saya kira mumpuni ya, Cuma ketika implementasi, harus diimplementasikan dimana, itulah yang belum terpikirkan. Contoh paling gampang, paling gampang menurut saya hubungannya PPI terhadap pekerjaannya cleaning service, ini kan sangat..sangat besar pengaruhnya terhadap kinerja cleaning service. Satu cleaning service sendiri memang harus dievaluasi, diseragamkan kinerjanya untuk kebersihan rumah sakit. Kemudian PPI itu harusnya juga ada intervensinya di dalam kinerja cleaning service agar pemahaman petugas cleaning service ini sama untuk pengendalian infeksi. Kerjanya sudah betul atau nggak. Ini nampaknya belum, belum dilakukan itu. Terus mestinya K3RS (Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit) juga masuk ketika arahan untuk cleaning service. Jadi ketika dia (cleaning service) kerja disini, dia juga jaga safety dan juga mencegah penyebaran infeksi, begitu. Itu yang belum diimplementasikan, itu satu contoh untuk PPI. Kemudian mungkin banyak masalah lainnya, seperti GLD (Governance, Leadership and Directing). GLD itu kan poin dari manajemen untuk tata kelola rumah sakit itu, ini juga nampaknya belum jalan manis. Dan sementara juga di struktural, menurut saya koordinasinya juga masih kurang bagus. Jadi masih ke egosentris ya, belum ke arah hubungan yang koordinatif kemudian integrasinya juga nyaman, apalagi pekerjaannya disinkronkan, ini yang belum nampak. Jadi penting sekali menurut saya pengaruh dari Direksi, Direksi terhadap koordinasi di jajaran pejabat eselon.</p> <p>2. Pengarahannya, pelaksanaannya di unit kerja, itu yang mungkin belum. Dia harus kerja dimana, dari teori-teori itu harus diimplementasikan dimana itu yang mungkin belum ada. Jadi menurut saya harus berpikir sendiri-sendiri. Kalau ini</p>

	<p>ada pokja, dia harus apa, dia harus intervensi dimana, itu yang harus perlu dipikirkan manajemen untuk masing-masing pokja ini harus kemana. Karena mereka belum tentu tahu korelasinya pokja mereka dengan kegiatan di rumah sakit. Seperti lagi PPI, PPI itu dia mengeluarkan IKRA, IKRA untuk bangunan. Tapi IKRA itu sendiri belum dilaksanakan di rumah sakit ini. Orang teriak-teriak “IKRA.. IKRA.. IKRA...”, tapi gimana implementasinya, gimana caranya menerapkan IKRA di rumah sakit, itu belum dibahas. Sudah sih, saya sudah memikirkan jadi mudah-mudahan bisa diimplementasikan. Jadi saya sudah usul ke Wa Dir Jang (Wakil Direktur Penunjang Medik) bukannya saya mencari-cari masalah, tapi ini untuk kepentingan rumah sakit. Ketika ada bangunan yang akan berdiri di rumah sakit, untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan di kemudian hari, contoh aja Kidney Center, Kidney Center itu sudah mutus aliran air itu sudah tiga kali ini, ya. Itu karena tidak ada persyaratan rumah sakit yang dibuat rumah sakit, sebelum kontraktor itu kerja. Harusnya itu tadi melibatkan IPS, melibatkan Sanitasi, K3RS, kemudian PPI untuk IKRA nya. Karena apa, kontraktor itu harus tahu kondisi prasarana yang ada di bangunan itu. Jadi piping nya air itu harus diketahui, kemudian agar nanti kalau sudah diketahui diberi tanda. Jadi tidak ada lagi bego yang mutus pipa. Kemudian belum yang kalau planning untuk kelistrikan, harus jelas oh nanti kalau bangunan ini berdiri disini, listrik disuplai dari sini, nanti desain dan aliran listrik itu nanti akan ditarik dari mana, itu sudah dibicarakan di awal. Jadi bukannya kami mau menghambat, tapi lebih untuk ke depannya. Contoh sekarang satu ini, gedung kemoterapi medis yang sudah berdiri sejak tahun 2015 tidak bisa berfungsi, alasannya sepele, aliran listriknya belum asuk, terus aliran airnya belum masuk, ketika kami ditugasi kemaren akan memanfaatkan lantai 4, akhirnya saya minta gimana caranya aliran air ini segera dijalankan. Itu salah satu implementasi.</p> <p>3. Kalau saya lihat sih, orang-orang yang ada di pokja itu orang-orang yang punya dedikasi, loyalitas tinggi, juga punya integritas yang tinggi, dia bisa membagi waktu, mana untuk pokja, mana untuk tugas utamanya. Mereka sudah bisa membagi waktunya, tapi ada sih saya lihat ada yang terlalu konsen ke akreditasi JCI, mungkin tugas utamanya agak, agak kurang focus, kurang maksimal, itu ada juga. Tapi rata-rata sih menurut saya beliau sudah konsen gimana caranya membagi antara tugas utama dan</p>
--	--

	<p>ketika duduk di akreditasi. Tidak ada arahan dari akreditasi untuk pembebanan tugas anggotanya antara tugas harian dan tugas akreditasi, semua itu kembali ke diri masing-masing individu.</p> <p>4. Mungkin penilaian kinerja dia masuk karena memiliki SK untuk kerja di tim akreditasi ya. Jadi ada SK nya itu untuk penilaian kinerja. kemudian untuk insentif khusus menurut saya hanya ketika SK itu diperhitungkan sebagai ini, penilaian individu itu kan. Individu ini duduk di berapa banyak kepanitiaan kan diperhitungkan dalam penilaian remunerasi. Mungkin itu yang didapat, tapi tidak ada nilai lebih atau khusus yang diperoleh mereka ketika bertugas sebagai anggota tim akreditasi. Di dalam akreditasi itu ada honor khusus, tapi pola pembagiannya seperti apa saya tidak tahu, mungkin akan diberikan untuk orang yang aktif dan tidak aktif, mungkin ada penilaiannya. Karena tidak semua orang akreditasi itu aktif. Ada yang mungkin tidak, ada yang setengah, setengah karena beban tugasnya tidak terlalu aktif. Mungkin ada penilaian sendiri. Cuman kalau secara umum dari rumah sakt, karena kedudukannya dia sebagai pengurus di keputusan Direktur dia dapat poin tambahan, dia dapat skor tambahan, untuk dapat untuk tambahan insentif.</p> <p>Ada kebijakannya, tergantung keaktifan dari seseorang dan kompetensi dari seseorang, seberapa sebanyak dia dibutuhkan duduk di masing-masing tim. Mungkin dia sibuk, semakin banyak pekerjaannya, insentifnya akan meningkat, karena skornya akan bertambah. Tetapi tidak ada penilaian khusus ketika dia duduk di tim akreditasi JCI. Secara umum penilaian kinerja yang berlaku di rumah sakit ada, namun yang secara khusus terkait akreditasi tidak ada. Sebagai bagian dari remunerasi.</p>
<p><i>Key Informan5</i></p>	<p>1. Ya. Jadi begini. Di dalam akreditasi ini adalah upaya rumah sakit dalam standarisasi di tingkat nasional maupun internasional. Dr. Soetomo sudah lulus KARS 2012, dan kemudian kita mengarah pada JCI internasional. Maka Direktur tentu tidak bisa kerja sendiri, tapi membuat surat keputusan Direktur, siapa-siapa yang memiliki kompetensi untuk menunjang kegiatan dimaksud. Jadi hemat saya tentu semua unsur yang terkait dengan semua kompetensinya, menurut saya sudah kredibilitas, sudah cukup memiliki kompetensi dan alhamdulillah dalam perjalanan ini sudah berjalan sangat baik, saling melengkapisaling menyempurnakan.</p>

	<p>2. Bukan hanya tingkat bidang, jadi di samping unsur struktural, karena di bawah bidang masih ada Kasubbag dan ada Kasi. Yang pertama, hampir seluruh pejabat struktural, sebagai tanggung jawab dilibatkan. Kemudian setiap personal yang memiliki kompetensi khusus itu dilibatkan. Jadi ada komite-komite, ada juga tenaga perawat yang juga concern dan komit terhadap akreditasi semua dilibatkan.</p> <p>3. Yang jelas tim itu dibentuk sudah ada pokja-pokjanya, maka setiap pokja memiliki tanggung jawab sendiri-sendiri. Jadi ada ketua tentu mereka sudah mengarahkan sejauh mana kewenangan dan sejauh mana tanggung jawabnya. Inilah bentuk tim yang solid, ketika masing-masing membidangi. Tetapi secara umum bahwa tim ini harus mengetahui seara keseluruhan. Jadi misalnya kami ada di GLD (Governance Leadership Directing) menyangkut kebijakan. Saya tidak boleh tidak tahu tentang Hak Pasien dan Keluarga yaitu terkait dengan HPK nya. Jadi di samping kami concern sesuai dengan pokjanya, maka kami harus tahu juga, kerjaan pokja lain dan kebijakan pokja lain.</p> <p>4. Jadi begini mas. Jajaran Direksi telah melakukan statement dan melalui berbagai media komunikasi, bahwa akreditasi adalah kewajiban semua orang yang berada di rumah sakit Dr. soetomo. semua orang mengatakan sibuk, iya, pejabat struktural juga sangat sibuk. Bahkan struktural tugas dan ungsinya sudah diatur dalam keputusan Gubernur. Tapi sebagai komitmen kita memiliki rumah sakit. Alhamdulillah selama ini tim berjalan solid, maka ketika akreditasi ini semakin dekat, jam kerja kita menjadi bertambah memang. Tapi alhamdulillah tim ini tidak meminta kompensasi apapun ketika ini kita tahu untuk kebaikan rumah sakit kita. Jadi sibuk itu bukan alasan untuk kita menolak tugas, karena kewenangan pimpinan untuk memberikan kita tugas, dan kita kita harus siap. Ya tentu ada segelintir orang yang nggak siap, tapi setelah kita motivasi, setelah kita memberi arahan, setelah dipanggil Direksi mereka tentu menjadi paham. Jadi ketidaksiapan karena mereka belum memahami seratus persen apa itu akreditasi, tujuannya itu apa. Tapi setelah tujuannya jelas baik, maka siap.</p>
<i>Key Informan6</i>	<p>1. Untuk susunan tim menurut saya sudah mewakili semua bidang. Kan itu semua perwakilan, baik dari SMF, Instalasi, apa itu.. Komite-komite dsb kan sudah terwakili dalam tim. Karena kalau kita lihat kan susunannya juga padat ya. Padat</p>

	<p>SDM.</p> <p>2. Pada awal kita mulai rapat-rapat akreditasi itu Dr. Joni presentasi. Selaku Ketua Tim Akreditasi beliau presentasi tentang langkah apa saja yang akan kita tempu sama-sama dalam menyelesaikan akreditasi. Yang tentunya juga berkaca pada pengalaman kita ke belakang, yakni kita sudah lulus akreditasi dari Kemenkes. Jadi menurut saya, teman-teman kali ini sudah punya, lebih punya gambaran mau apa yang mau dilakukan untuk memenuhi standar, dan lain sebagainya.</p> <p>3. Untuk komitmen tim kepada pekerjaan akreditasi ya, saya kira belum ada pembicaraan kepada anggota, ke masing-masing anggota tentang beban kerja. Kemudian tentang bagaimana pejabat, baik itu struktural atau fungsional juga staf yang terlibat, untuk menyelesaikan pekerjaan akreditasi tapi tugas hariannya tidak terbengkalai. Harusnya sih pekerjaan akreditasi itu mendukung pekerjaan harian, cuman memang karena rapatnya marathon, kita dikerjar target Oktober akan mock survey, kemudian tahun depan initial survey ya jadinya kadang pekerjaan rutin kita juga terpengaruh. Bagi yang pekerjaannya berkaitan dengan akreditasi secara langsung ya saya kira terbantu sekali dengan standar internasional ini. Kalau yang di administrasi, ya memang ada kaitannya, penting perannya teman-teman administrasi, namun kan tidak seterpengaruh teman-teman di lapangan. Nah untuk orang-orang administrasi itu yang mengerjakan pekerjaan akreditasi disamping juga ada beban pekerjaan harian yang harus pandai-pandai membagi waktu.</p> <p>4. Insentif berbasis kinerja khusus untuk pekerjaan akreditasi ini saya kira nggak ada. Ada juga honor tim, itu udah setahun sekali.</p>
--	---

Sumber: Hasil Wawancara

5.4.3. Faktor keras manajemen perubahan 3: *Commitment*

5.4.3.1. Pimpinan RSUD Dr. Soetomo

Tabel V.7 berisi jawaban Direksi terhadap pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan faktor *commitment* dalam pemenuhan standar JCI. Direksi

menyatakan bahwa sebagian besar pihak-pihak yang berpengaruh terhadap kesuksesan proyek perubahan, baik dari internal maupun eksternal rumah sakit mendukung jalannya proyek perubahan guna pemenuhan standar JCI. Pihak internal dimaksud adalah seluruh jajaran pimpinan dan staf rumah sakit, sedangkan Pihak Eksternal antara lain Pemerintah Provinsi Jawa Timur, Pimpinan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga dan pihak eksternal lainnya. Direksi menyatakan masih ada sebagian dari pihak internal dan eksternal rumah sakit yang belum mendukung jalannya proyek perubahan pemenuhan standar JCI ini. Menurut Direksi belumnya ada dukungan dari sebagian pihak dimaksud, dikarenakan pihak-pihak tersebut belum mengerti pentingnya akreditasi bagi RSUD Dr. Soetomo. Wakil Direktur Pendidikan dan Penelitian (Wa Dir Diklit) Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga juga memberikan dukungan akreditasi JCI kepada RSUD Dr. Soetomo. Dukungan tersebut berkaitan dengan kerjasama pendidikan dokter, dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis antara RSUD Dr. Soetomo dan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Kerjasama tersebut diawasi melalui Komite Koordinasi Medik yang bertanggung jawab kepada Direktur RSUD Dr. Soetomo.

Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan (Wa Dir Yanmed) selaku Ketua Eksekutif Akreditasi menyatakan bahwa Direksi menggunakan, baik jalur informasi formal maupun informal, dalam menunjukkan keterlibatannya pada proyek perubahan guna pemenuhan standar JCI. Jalur informasi formal antara lain melalui rapat dengan agenda membahas akreditasi, maupun rapat-rapat

besar lain misalnya rapat paripurna yang beragenda laporan kinerja seluruh unit kerja secara umum.

Pertanyaan mengenai alokasi sumber dana berkaitan dengan jawaban wawancara dengan Ketua Eksekutif Akreditasi yang menyatakan bahwa *milestone* terbaik yang sudah diraih tim selama proses pemenuhan standar JCI adalah telah teranggarkannya kebutuhan pemenuhan standar dalam Dokumen Anggaran Tahunan RSUD Dr. Soetomo. Berkaitan pula dengan jawaban Wa Dir Diklit yang menyatakan bahwa bentuk dukungan Gubernur Jawa Timur terhadap kesuksesan jalannya pemenuhan standar akreditasi di RSUD Dr. Soetomo yakni dengan adanya revisi atau perubahan anggaran tahun berjalan 2016 untuk pemenuhan standar JCI.

Pejabat struktural dan fungsional merupakan pihak yang bersinggungan langsung dengan operasional lapangan, sehingga mengerti betul permasalahan yang terjadi. Menjawab pertanyaan tentang siapakah diantara pejabat struktural dan fungsional atau Tim Akreditasi yang lebih ditempatkan untuk menyelesaikan masalah operasional, Wa Dir Yanmed menyatakan bahwa dalam hal ditemukan permasalahan operasional yang terkait dengan pemenuhan standar JCI, Tim Akreditasi lebih banyak berperan dalam menyelesaikannya. Sedangkan Wa Dir Diklit menyampaikan bahwa, terhadap pemenuhan standar JCI yang berkaitan dengan permasalahan operasional, Direksi menempatkan pada posisi yang sama sesuai penugasan yang diberikan kepada Tim Akreditasi maupun Pejabat Struktural/ Fungsional. Terhadap seluruh permasalahan operasional yang berhasil diidentifikasi, termasuk juga yang didapat berdasarkan temuan-temuan Tim

Akreditasi di lapangan, sebagai pengambil kebijakan Direksi akan memerintahkan penyelesaian permasalahan sesuai tanggung jawab.

Wa Dir Yanmed selaku Ketua Eksekutif Akreditasi menyatakan bahwa proses RSUD Dr. Soetomo dalam memenuhi standar JCI tidak bisa dilepaskan dari tugas harian yang dijalankan staf. Sehingga menurut Wa Dir Yanmed pekerjaan yang berkaitan dengan standar JCI tidak menambah pekerjaan harian staf.

Tabel V.7. : Jawaban Key Informan Direksi terhadap Pertanyaan Commitment

Pertanyaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana bentuk dukungan pimpinan organisasi dan pihak atau orang-orang yang berpengaruh terhadap organisasi bagi keberhasilan proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI? 2. Bagaimana pimpinan organisasi menunjukkan keterlibatannya dalam proyek perubahan? Jalur informasi apa sajakah yang digunakan untuk menyampaikan keterlibatan tersebut? 3. Bagaimana alokasi sumber daya, terutama sumber dana, guna keberhasilan proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI? 4. Bagaimana Direksi menempatkan pejabat struktural dan pejabat fungsional dalam menghadapi masalah-masalah operasional? 5. Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap keluhan dan saran supervisor tentang masalah, terkait akreditasi, yang terjadi di lapangan? 6. Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap karyawan yang terdampak perubahan?
Nomor	Jawaban Responden
Key Informan1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sebagian besar mendukung. Tapi kita juga terus memberi masukan kepada mereka. Karena ada sebagian dari mereka yang tidak mengerti. Tidak mendukungnya karena tidak mengerti urgensinya akreditasi. Kalau sudah tau pasti ikut mendukung. Semua eksekutif senior disini mendukung. 2. Semua jalur informasi baik formal juga informal, rapat-rapat khusus, rapat akreditasi. Ada penyampaian-penyampaian, apel pagi misalnya, kita kan ada kuis-kuis.

	<p>4. Tim lebih banyak berperan, pejabat juga dilibatkan kalau memang diperlukan. Dalam hal diperlukan ya pejabat itu dilibatkan.</p> <p>5. Ya mereka kan wali, yang membina dan mengawasi. Membina mengawasi, sehingga karena mengawasi, ya mereka harus tahu perkembangannya.</p> <p>6. Sebenarnya akreditasi itu include di dalam pekerjaannya mereka. Jadi ya sudah kalau bekerja sesuai standar ya itu namanya aplikasi terhadap akreditasi itu. Akreditasi itu kan bukan pekerjaan tersendiri. Kegiatan rumah sakit itu pekerjaan akreditasi, ya sebenarnya itu pekerjaan mereka juga.</p>
<p><i>Key Informan2</i></p>	<p>1. Prinsip mendukung. Prinsip mendukung mereka, dan pak Gubernur juga sudah menyatakan bahwa pak Gubernur sangat mendukung kegiatan ini sebagai ikon Jawa Timur. Soetomo kan ikon Jawa Timur. Jadi beliau sangat-sangat concern dengan Soetomo sebagai ikon Jawa Timur bersertifikasi internasional, beliau sangat concern. Dan dari sisi pendanaan beliau juga sangat concern, terbukti ada revisi anggaran, pengalihan anggaran dan anggaran cukup besar untuk JCI dan itu disetujui. Bahwa penggunaan anggaran untuk kegiatan ini itu disetujui.</p> <p>Jadi sebetulnya begini, rumah sakit Dr. Soetomo ini independen. Independen itu justru sekarang kalau dekan fakultas kedokteran menitipkan orang untuk belajar disini, dia harus ikut aturan soetomo. Jadi nggak dibalik, jadi mindsetnya adalah rumah sakit Dr. Soetomo itu independen. Gampangannya jika fakultas kedokteran itu tidak memakai kita sebagai tempat pendidikan pun kita harus tetap survive. Oleh karena itu kita membuat aturan-aturan main, dan nanti di AMC jelas. Di AMC nya sudah jelas aturan main, dan kita sekarang dengan PP 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan. Itu tugas dan fungsi rumah sakit pendidikan itu sangat berat, sangat berat, benar-benar berat. Rumah sakit pendidikan itu tidak hanya harus bertanggung jawab pada pendidikan tetapi juga pelayanan dan penelitian. Oleh sebab itu disitu ada Komkordik, dulu namanya Bakordik. Bakordik itu lembaga yang tidak jelas kedudukannya, badan itu nggak ada di struktur organisasi, nggak ada. Nah sekarang namanya komite. Bakordik dulu bertanggung jawab kepada Direktur dan Kepala Institusi Pendidikan. Tapi yang sekarang Komite, Komkordik, Komite Koordinasi Pendidikan bertanggung jawab kepada</p>

	<p>Direktur, artinya apa lembaga ini adalah milik rumah sakit Dr. Soetomo. sementara stakeholder lain yang mau memakai rumah sakit Dr. Soetomo sebagai wahana pendidikannya itu harus mengikuti aturan main yang ada di rumah sakit Dr. Soetomo.</p> <p>4. Jadi begini, penanggung jawab akreditasi ini adalah Direktur. Jadi, penanggung jawab akreditasi adalah Direktur. Artinya apa, artinya semua orang mendapatkan pendelegasian wewenang dari Direktur. Nah yang biasanya kami lakukan itu begini, apabila bisa diselesaikan oleh unit terkait yang bertanggung jawab, maka selesai. Jika tidak bisa diselesaikan maka akan dinaikkan ke jajaran Direksi. Jadi pengambil kebijakan terakhir adalah Direksi. Jadi support sumber daya yang ada, baik dari sisi prasarana, keuangan maupun SDM. Jadi prinsipnya adalah bahwa, kembali adalah bahwa kami ini dari sisi Direksi mensupport kegiatan-kegiatan yang ada di lapangan. Nah bagaimana mensupportnya tentunya kami mendapatkan laporan dari sana, termasuk dari temuan-temuan yang ada. Dari sejak beberapa waktu yang lalu kita sudah langsung telusur di unit-unit layanan untuk menemukan apa-apa yang perlu diperbaiki. Baik dari sisi sarana prasarana, gedung maupun SDM. Nah itu yang dibuat sebagai, apa namanya, landasan kebijakan oleh Direksi menentukan mau dikemanakan, termasuk kebijakan untuk perubahan anggaran dsb dsb. Itu kebijakan yang tidak mudah tapi harus diambil, ya untuk mensukseskan akreditasi ini.</p>
--	--

Sumber: Hasil Wawancara

5.4.3.2. Koordinator Dokumen Akreditasi

Tabel V.8 menunjukkan jawaban *key informan* sekretariat dokumen terhadap pertanyaan-pertanyaan seputar faktor *commitment* dalam proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI. Pertanyaan pertama yakni mengenai dukungan pimpinan organisasi dan orang-orang yang berpengaruh terhadap jalannya proyek perubahan. *Key informan* menyatakan bahwa terdapat dukungan pimpinan organisasi, dalam hal ini Direksi, terhadap jalannya proyek perubahan pemenuhan standar JCI terutama dalam hal pendanaan. Juga

dinyatakan bahwa ada dukungan pemerintah Provinsi Jawa Timur terhadap kegiatan akreditasi ini, seperti dicontohkan hadirnya perwakilan Pemerintah Provinsi Jawa Timur dalam acara pembukaan (dinamakan *kick off*) JCI. Sedangkan dukungan dari Fakultas Kedokteran, disampaikan oleh Dekan Fakultas Kedokteran melalui rapat paripurna yang diselenggarakan di RSUD Dr. Soetomo.

Key informan menyatakan bahwa, dalam rangka menyampaikan pesan tentang pentingnya akreditasi rumah sakit, telah digunakan jalur komunikasi baik formal maupun informal kepada seluruh karyawan. Selain melalui rapat-rapat, penyampaian pentingnya akreditasi dilakukan melalui media penyampaian lain yang dimiliki RSUD Dr. Soetomo, yaitu misalnya SMS *Gateway*, media poster, dsb. Inisiatif penyampaian pesan dan pemilihan media komunikasi, menurut *key informan*, lebih banyak berasal dari Ketua Eksekutif Akreditasi bukan Direksi.

Membahas mengenai pengalokasian sumber daya untuk kesuksesan pemenuhan standar JCI, *key informan* menyatakan bahwa telah dianggarkan dana untuk jalannya kegiatan pemenuhan tersebut dalam dokumen anggaran RSUD Dr. Soetomo. Menurut *key informan*, karena pemenuhan standar JCI memerlukan dana yang besar, maka pimpinan organisasi telah berkomitmen untuk mengalokasikan kebutuhan dana tersebut sampai dengan tahun depan. *Key informan* menyatakan bahwa terdapat kendala dalam hal pengalokasian sumber daya manusia. Dicontohkan oleh *key informan* bahwa mengacu pada standar JCI, kebutuhan tenaga medis RSUD Dr. Soetomo saat ini dinilai masih kurang. Sedangkan dalam perekrutannya masih terdapat kendala dalam hal aturan, dikarenakan status RSUD Dr. Soetomo sebagai rumah sakit milik pemerintah

daerah. *Key informan* kemudian menyatakan bahwa perlu dilakukan pemetaan kebutuhan SDM untuk jabatan tertentu, terhadap tenaga yang saat ini *existing* ada di rumah sakit, sebagai dasar melakukan distribusi SDM guna kelancaran pemenuhan standar JCI.

Selanjutnya *key informan* diminta informasi dan pendapatnya tentang bentuk dukungan dari manajer dan karyawan, terutama yang bersinggungan langsung dengan perubahan akibat pemenuhan standar JCI. *Key informan* memberikan jawaban bahwa besar dukungan karyawan berbeda-beda tergantung jenis dan wilayah kerjanya, misalnya perawat yang cenderung penuh dalam memberikan dukungan sedangkan tenaga administrasi cenderung kurang dukungannya. Menurut *key informan* hal ini disebabkan karena cara pandang sebagian staf yang melihat pemenuhan standar JCI sebatas pada area pelayanan yang bersinggungan langsung dengan pasien saja.

Terhadap keluhan pihak yang terdampak perubahan karena pemenuhan standar JCI, *key informan* menyatakan bahwa belum ada perhatian pimpinan dalam bentuk tindakan nyata penanganan keluhan dimaksud. *Key informan* berpendapat bahwa keluhan tersebut timbul karena sosialisasi kurang menjangkau seluruh SDM yang ada di RSUD Dr. Soetomo. Kemudian terhadap staf yang terdampak langsung perubahan karena pemenuhan standar JCI, *key informan* menyatakan belum ada kompensasi khusus yang merata, yang diberikan oleh pimpinan organisasi.

Tabel V.8. : Jawaban *Key Informan* Sekretariat Dokumen Akreditasi terhadap Pertanyaan *Commitment*

Pertanyaan	1. Bagaimana bentuk dukungan pimpinan organisasi dan pihak
------------	--

	<p>atau orang-orang yang berpengaruh terhadap organisasi bagi keberhasilan proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Bagaimana pimpinan organisasi menunjukkan keterlibatannya dalam proyek perubahan? Jalur informasi apa sajakah yang digunakan untuk menyampaikan keterlibatan tersebut? 3. Bagaimana alokasi sumber daya, terutama sumber dana, guna keberhasilan proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI? 4. Bagaimana bentuk dukungan dari manajer dan karyawan, terutama yang bersinggungan langsung dengan proyek perubahan, terhadap proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI? 5. Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap keluhan dan saran supervisor tentang masalah, terkait akreditasi, yang terjadi di lapangan? 6. Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap karyawan yang terdampak perubahan?
Nomor	Jawaban Responden
<i>Key Informan3</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yang saya tangkap saat ini, utamanya dalam hal pendanaan. Direksimengalokasikandana dalam bentuk DPA, upaya dalam bentuk efisiensi dalam hal lain, dan mengarahkannya pada kegiatan akreditasi. Jadi Direksi tidak main-main dalam mengalokasikan danauntuk akreditasi, terutama untuk perubahan yang fisik. Saya lihat dukungan utama dalam bentuk pendanaan. Pemerintah Jawa Timur juga ikut dalam, hadir dalam <i>kick off</i> JCI, dengan memberikan semangat. Itu kan termasuk dukungan yang besar pula. Dekan Fakultas Kedokteran menyampaikannya secara langsung pada akreditasi rumah sakit dalam rapat paripurna. Mereka mendukung penuh akreditasi ini. Dan juga sempat tanda tangan pakta integritas, nah itu kan sebetulnya kan sudah berkomitmen untuk menyelesaikan akreditasi ini. 2. Yang paling sering melalui rapat koordinasi dan rapat besar, Direksi menunjukkan keterlibatannya. Selain dalam rapat, penyampaian akreditasi juga melalui media SMS <i>Gateway</i>, dan media-media poster di rumah sakit kita, yang intinya itu kita akan ada akreditasi, yang isinya himbuan dan ajakan untuk mensukseskan akreditasi. Inisiatif penyampaian tersebut lebih banyak dari Ketua Tim dan anggota.

	<p>3. Pengalokasian sumber daya, kalau untuk dana memang akreditasi butuh dana yang sangat besar dan tidak main-main. Oleh karena itu penganggarannya tidak akan cukup pada satu tahun anggaran saja. Namun akan dialokasikan pada anggaran tahun depan juga. Dan itupun surveyor datang, yang penting kita sudah merencanakan, ada prosesnya bahwa rumah sakit telah merencanakan sesuai standar (JCI) yang diminta. Untuk pengalokasian SDM memang kita mengalami kendala, karena sebagai BLUD kita memang bisa merekrut sendiri karyawan, namun terbatas juga. Peraturan BLUD tentang rekrutmen tersebut kan ada di Pergub ya, tapi ya itu terbatas, padahal kita butuh banyak tenaga medis, sedangkan yang akan pensiun juga banyak. Tenaga yang keluar dan masuk memang agak kurang berimbang.</p> <p>4. Yang terdampak kan memang banyak sekali, dan ada banyak klasifikasi, contohnya perawat. Misalnya perawat, perawat dalam hal ini kelompok yang cukup antusias terhadap perubahan dalam akreditasi dan paling mudah ketika ada hal-hal baru disosialisasikan, mereka (perawat) segera menangkap materi tersebut. Tenaga-tenaga lainnya juga begitu namun cenderung lebih sedikit (daya tangkapnya terhadap standar) bila dibandingkan dengan perawat. Yang paling <i>excited</i> terhadap perubahan ini, yang saya lihat dari kelompok perawat. Terus yang paling, tenaga yang lain, misalnya administrasi, sebenarnya JCI ini kan standarnya lebih ke <i>patient centered</i>, jadi mereka lebih banyak ini kurang terlibat, karena merasa bukan pekerjaannya. Termasuk juga pejabat struktural di atasnya. Oleh karena itu perlu ada arahan dari Direksi bahwa ini adalah kerja bersama. Memang ini <i>patient centered</i>, namun bagaimana yang tidak langsung berkaitan dengan patient bisa mendukung jalannya itu tadi, misalkan saya ambil contoh Bagian Kepegawaian. Bagian Kepegawaian harusnya menghitung berapa tenaga yang keluar dan masuk dari rumah sakit. Di satu sisi kan kita terlalu banyak tenaga administrasi. Nah dari Bagian Kepegawaian bisa dari banyak tenaga administrasi tadi di <i>mapping</i>, mana yang terlalu banyak tenaganya bisa diperbantukan untuk pelayanan, misalkan menjadi <i>transporter</i> pasien, atau misalnya untuk <i>transporter</i> darah. Dan banyak hal-hal lain yang sampai dengan saat ini masih dilakukan oleh keluarga pasien. Nah itu tidak boleh sebetulnya.</p> <p>5. Keluhan itu memang tetap ada, perhatian, Direksi tahu</p>
--	---

	<p>tentang keluhan, tapi masih belum ada tindakan nyata. Misalkan yang paling banyak mengeluh itu yang saya tahu, karena kurangnya sosialisasi, akreditasi tidak terdengar sampai ke akar rumput. Nah itu sebenarnya kan bentuk keluhan juga. Belum ada tindakan nyata, bagaimana caranya ada tindakan nyata bagaimana menyelesaikan keluhan tersebut.</p> <p>6. Belum ada kompensasi terhadap yang terdampak perubahan, misalkan ini membutuhkan <i>key person</i> tadi diberikan insentif khusus, mungkin ada sedikit tapi tidak dilakukan dengan perencanaan yang baik. Misalkan case manager itu lahir dari istilah akreditasi, mereka (<i>case manager</i>) diberikan honor tim, nah mungkin itu bentuk kompensasi juga. Namun tenaga lain juga tidak ada kompensasiya, jadi tidak merata.</p>
--	---

Sumber: Hasil Wawancara

5.4.3.3. Pejabat Struktural dan jugaselaku Anggota Tim Akreditasi

Tabel V.9 menunjukkan jawaban Pejabat Struktural terhadap pertanyaan tentang faktor *commitment* dalam pemenuhan standar JCI. *Key informan* Pejabat Struktural selaku *key informan* dalam penelitian ini antara lain: Kepala Bagian Perbekalan dan Peralatan Medik (Ka Bid PPM) dan Kepala Sub Bagian Perundangan dan Ketertiban (Ka Sub Bag Perundtib). Terhadap pertanyaan “Bagaimana Direksi menempatkan pejabat struktural dan pejabat fungsional dalam menghadapi masalah-masalah operasional?”, Ka Bid PPM menyatakan bahwa penugasan oleh Direksi tergantung pada substansi permasalahannya. Selain penugasan yang menunjuk jabatan struktural/ fungsional, Direksi juga memberikan penugasan kepada pejabat secara personal. Sedangkan Ka Sub Bag Perundtib menyatakan bahwa penugasan penyelesaian masalah operasional, terkait pemenuhan standar JCI, oleh Direksi ditujukan kepada Pejabat Struktural/ Fungsional. Menurut Ka Sub Bag Perundtib hal ini didasarkan pada tanggung

jawab dan wewenang pelaksanaan operasional yang melekat pada Pejabat Struktural/ Fungsional itu sendiri.

Ka Bid PPM menyatakan bahwa bentuk perhatian pimpinan organisasi dalam hal ini Direksi, terhadap keluhan dan saran pejabat struktural/ fungsional tentang masalah operasional, adalah dengan menerima dan mempertimbangkan pendapat penyelesaian masalah yang diberikan pejabat struktural dimaksud. Menurut Ka Bid PPM, tidak semua supervisor, dalam hal ini pejabat struktural/ fungsional memiliki kemampuan pemahaman dan penguasaan atas masalah konkrit dimaksud. Oleh karena itu, Ka Bid PPM menyatakan bahwa Direksi harus memahami tugas-tugas pejabat struktural dan fungsional dan permasalahan rumah sakit secara makro agar tidak salah dalam memberikan penugasan penyelesaian masalah konkrit secara spesifik. Ka Sub Bag Perundtib juga menyatakan bahwa pimpinan organisasi sangat terbuka terhadap usul dan saran dari berbagai pihak termasuk Pejabat Struktural/ Fungsional. Namun usul dan saran tersebut harus sesuai dengan rekomendasi *surveyor* akreditasi dalam hasil *initial survey* bulan Januari 2016 yang lalu.

Menurut Ka Bid PPM, manajemen rumah sakit dalam hal ini Pejabat Struktural/ Fungsional kurang memperhatikan langkah perubahan yang ditempuh terhadap dampaknya kepada karyawan terkait. Dicontohkan oleh Kabid PPM tentang perubahan berulang kali format dokumen rekam medis yang harus diisi petugas di lapangan tanpa dibekali evaluasi yang cukup. Serta permasalahan perubahan alur atau tata cara melaksanakan kerja di beberapa wilayah kerja lain,

akibat pemenuhan standar JCI, yang tidak mendapatkan langkah penyelesaian yang baik.

Tabel V.9. : Jawaban *Key Informan* Pejabat Struktural dan Selaku Anggota Tim Akreditasi terhadap Pertanyaan *Commitment*

Pertanyaan	Jawaban Responden
Nomor	Jawaban Responden
<i>Key Informan</i> ⁴	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana Direksi menempatkan pejabat struktural dan pejabat fungsional dalam menghadapi masalah-masalah operasional? 2. Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap keluhan dan saran supervisor tentang masalah, terkait akreditasi, yang terjadi di lapangan? 3. Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap karyawan yang terdampak perubahan? <p>1. Memang kaitannya dengan operasional, memang beberapa pejabat struktural ditugaskan menjadi ketua sub pokja. Kemudian ada tugas yang diberikan oleh Direksi ada fungsi individu ada sebagai sub pokja. Fungsi individu itu ketika dia ditugaskan secara personal. “Kamu koordinasi ini” itu kan ditugaskan personal. Tapi ada juga yang penugasan sebagai pokja, ini harus segera dikoordinasikan harus segera dievaluasi di unit kerja.</p> <p>2. Kalau menurut saya, sebetulnya kita bawa alternatif. Alternatif solusi kepada Direksi, ketika ada permasalahan kita bawa alternatif solusi kepada Direksi. Jadi tinggal, nanti Direksi memilih mana yang bagus sebagai solusi atas permasalahan kita. Karena kadang-kadang kalau langsung dihadapkan pada Direksi, ketika Direksi itu konsen, konsen tentang permasalahan yang kita konsultasikan, atau paham tentang permasalahan sih nggak apa-apa. Tapi ketika beliau nggak konsen, terus ditanya, ngambang. Menurut saya kalau keseharian menurut saya harus ada alternatif. Kadang-kadang, memang ada pejabat struktural yang kompeten memahami tugasnya, tupoksinya (khususnya) terus secara umum dia paham tentang permasalahan di rumah sakit. Tapi ada juga diantaranya pejabat struktural itu yang tidak paham tupoksinya dan implementasinya di lapangan. Nah itu yang agak repot. Untuk hal-hal yang seperti itu dia tidak paham tupoksinya sendiri, jadi Direksi yang menurut saya harus memahami tugas-tugas pejabat struktural, permasalahan di rumah sakit secara makro agar tidak salah menugaskan orang, dan tidak salah tunjuk. Dan tahu kualitas dari masing-masing pejabat struktural, itu juga</p>

	<p>penting, gitu. Kadang belum tentu sih namanya Kabag itu lebih pintar dari Kasi, itu juga belum tentu. Harus ada pemahaman tentang kerja anak buahnya.</p> <p>3. Saya tidak, kalau saya membahas tentang rekam medik saya tidak mendiskreditkan seseorang, tapi ini saya berbicara pada realita ya. Saya berbicara pada realita, tentang rekam medis. Rekam medis ini memang selalu berubah, selalu berubah. Untuk dokumen mungkin sudah disiapkan secara khusus dari permintaan dari rekam medis itu diminta dari yanmed dengan format A, format B, format C. Seksi rekam medis meminta adanya perubahan. Kemudian dibuatlah oleh perlengkapan untuk dokumennya. Cuman implementasi di lapangan itu tidak sesuai dengan teori. Masih banyak dokumen-dokumen itu yang kosong, padahal sudah menghabiskan anggaran yang besar, dan jadi banyak itu formulir-formulirnya. Mestinya, menurut saya menurut saya kan ada pemikiran gimana caranya mengisi itu agar simple, simplifikasi untuk pengisian dokumen. Karena kalau dia banyak-banyak juga yak an arus ngisi, gitu. Kemudian dokumen medis itu juga masih yang kececeran ya, tercecer di masing-masing unit kerja, mungkin bisa di bawa PPDS (Program Pendidikan DOkter Spesialis), ketinggalan di SMF kembalinya susah. Terus kemudian juga ada pengisian dokumen medik asal-asalan. Nah itu mestinya perlu pengkajian khusus oleh pejabat eselon 3 nya, gimana seharusnya. Dia seharusnya punya ide inovatif agar pengelolaan dokumen medis ini menjadi bagus, gitu. Hal-hal seperti itu yang mungkin harus, harus didorong oleh Direksi mungkin ya, jajaran eselon 3 nya untuk lebih punya kreatifitas, inovasi, agar dokumen medis ini terlaksana sesuai dengan yang diharapkan. Harusnya ada evaluasi dulu ya, satu hal yang lemah di jajaran manajemen adalah monitoring dan evaluasi. Menurut saya itu perlu untuk membuat keputusan ke depan, berdasarkan monitoring dan evaluasi. Lau khusus untuk dokumen medis ini, rekam medis saya lihat Kasi untuk rekam medis ini sudah cukup bagus, effortnya sudah bagus, cuman mestinya ada dukungan dari pimpinannya tentang tata kelolanya. Gimana sih harusnya, pengembaliannya gimana, lha gimana agar dokumen medik ini tetap pada tempatnya. Cara-cara inovasi yang dibuat agar dokumen rekam medik ini tetap aman di tempatnya dan terlaksana dengan baik. Jadi sering kan dokumen rekam medik itu hilang.</p>
<i>Key Informan 2</i>	1. Jadi keberadaan setiap unsur, mulai dari pimpinan sampai

	<p>dengan level yang paling bawah itu masing-masing memiliki kewenangan. Ketika berbicara kewenangan maka lebih dominan ke arah jabatannya. Karena tim akreditasi adalah tim yang menjalankan tugas. Nah ketika Direktur memerintahkan, tentu Direktorat menggunakan otoritasnya sebagai Direktur. Yang tentu kebijakan Direktur itu tidak lepas dari akreditasi, karena ini adalah suatu program yang bersertara nasional internasional, dan harus dilakukan. Jadi ini kan entry point nya kan adalah safety dan quality ya. Jadi keselamatan keamanan itu mutlak dilakukan, jadi ada korelasi. Ada korelasi antara akreditasi dengan kebijakan dan kewenangan. Tapi ketika panjenengan nanya lebih dominan kemana, tentu orang yang bisa memerintah adalah karena kewenangan bukan di pokjanya. Kewenangannya sebagai Direktur, kewenangannya sebagai Kasubbag, sebagai Kepala Bagian itu punya otoritas. Jadi kalau pokja tidak punya otoritas, hanya dia menjalankan program atas perintah pimpinan.</p> <p>2. Jadi begini, pimpinan itu sangat welcome terhadap semua masukan dari berbagai mana, berbagai pihak ya. Tetapi kalau rekomendasi surveyor JCI tentu bagi kami wajib hukumnya untuk ditindaklanjuti karena ini sudah terstandar sudah ada mekanismenya. Nah ketika ada masukan-masukan yang tidak bertentangan dengan rekomendasi JCI, justru akan melengkapi dan menyempurnakan. Kalaupun ada juga rekomendasi atau masukan saran dari pihak manapun termasuk masyarakat kami mengapresiasi. Mengapresiasi, mengolaborasi, mengawinkan sebuah.</p>
<p><i>Key Informan 3</i></p>	<p>1. Kalau saya melihatnya Pak Direktur open ya dengan masukan dan saran dari semua pihak yang terlibat akreditasi, baik itu yang bertindak selaku tim, juga yang bertindak selaku pejabat struktural. Tergantung masalahnya apa saya kira, pimpinan dengan masukan-masukan dari teman-teman semua saya kira akan menugaskan kepada yang tepat.</p> <p>2. Ya bentuk perhatiannya seperti yang saya ceritakan tadi, jadi ya kalau ada saran dari teman-teman pejabat struktural itu menjadi pertimbangan Pak Direktur. Pertimbangan para Wadir juga.</p> <p>3. Kalau itu sih, memang masih ada kekurangan dalam pelaksanaan akreditasi ini, seperti contohnya rekam medis ya. Contoh yang paling mengena saya kira rekam medis. Rekam medis itu banyak perubahan, dan teman-teman di</p>

	lapangan speetinya banyak mengeluhkan. Harusnya sih ada kajian dulu sebelu diterapkan, atau dilakukan percobaan dulu ke beberapa tempat dulu, setelah diuji, ada perbaikan bilamana perlu baru diterapkan, jadi nggak berubah-berubah. Karena kasihan juga pelaksana di lapangan ini.
--	---

Sumber: Hasil Wawancara

5.4.3.4. Perwakilan Staf dan juga selaku Anggota Tim Akreditasi

Tabel V.10 berisi jawaban *key informan* perwakilan staf terhadap pertanyaan-pertanyaan terkait *commitment* proyek perubahan dalam pemenuhan standar JCI. *Key informan* merupakan evaluator kepatuhan pengisian rekam medis pasien oleh petugas medis. *Key informan* menyatakan bahwa tingkat kepatuhan staf terhadap standar JCI belum 100%. Khususnya dalam hal rekam medis, *key informan* menyatakan bahwa standar pelayanan minimal berkas rekam medis harus diselesaikan 2 x 24 jam, namun kenyataan di lapangan masih rata-rata 8 hari. *Key informan* juga menyatakan bahwa tingkat partisipasi staf terhadap pemenuhan standar JCI tergantung kepada personal masing-masing staf. Beberapa dari staf mengeluhkan hal-hal yang diwajibkan oleh rumah sakit mengacu standar JCI dengan alasan kegiatan tersebut menyita waktu penyelesaian pekerjaan harian.

Terhadap staf yang terdampak perubahan, *key informan* berpendapat bahwa pimpinan organisasi sebenarnya menyadari beban karyawan akibat perubahan menuju standar JCI. Namun desakan pemenuhan standar JCI, membuat perhatian pimpinan organisasi terhadap karyawan yang terdampak dirasa kurang. Dicontohkan oleh *key informan* melalui banyaknya macam berkas rekam medis yang saat ini harus diisi petugas medis dibandingkan dengan sebelum perubahan mengacu standar JCI. Namun telah ada langkah dan perhatian Direksi untuk

sebagian yang terdampak perubahan. *Key informan* menyatakan bahwa Direksi selaku pimpinan organisasi telah mengarahkan Komite Koordinasi Medik untuk membantu mengawasi pelaksanaan standar JCI dalam hal kepatuhan pengisian rekam medis oleh peserta didik dokter spesialis di RSUD Dr. Soetomo.

Tabel V.10. : Jawaban *Key Informan* Perwakilan Staf dan Juga Selaku Anggota Tim Akreditasi terhadap Pertanyaan *Commitment*

Pertanyaan	Jawaban Responden
Nomor	Jawaban Responden
<i>Key Informan7</i>	<p>1. Bagaimana tingkat kepatuhan karyawan atas SOP dan prosedur baru yang telah berubah sesuai kebutuhan pemenuhan standar akreditasi JCI?</p> <p>2. Bagaimana bentuk dukungan karyawan, terutama yang bersinggungan langsung dengan proyek perubahan, terhadap proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?</p> <p>3. Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap karyawan yang terdampak perubahan?</p> <p>1. Kalau akukan, ini kan kebetulan kan evaluasi ini, berkas. Nah evaluasi berkas ini aku juga ngukur kepatuhan pengisiannya, tapi yang di ruangan. Tapi sementara itu masih dokter, perawat, terus rekam medik dan farmasi. Karena yang sering ngisi lo mas. Kalau gizi mau mulai, kenapa kok gizi mau mulai, karena kalau gizi ngisi yang di lembar 8 tok, satu tok. Kalau yang empat ini kan ada di beberapa formulir. Nah itu, mau mendekati akreditasi kayaknya ada peningkatan. Adasalah satu, ada beberapa sih SMF itu punya inisiatif utuk kesini buat ngelengkapin lagi, ngelengkapin berkas lagi, gitu. Pada intinya dijalankan, maksudnya dia juga kan ada partisipasinya lah, nggak hanya, ada sih beberapa kalau aku ke bedah yang mengenai akreditasi itu “wah kok cuma akreditasi aja”, Cuma omong aja. Ada yang partisipasi, ada yang semangat.</p> <p>Tingkat partisipasi kembali ke personal. Tapi mayoritas dari semua dokter, rekam medis, farmasi itu yang bener-bener, tergantung personal, bener-bener pekerjaannya itu setiap harinya rutin itu ngikutin aja, nggak yang punya andil besar itu nggak. Yang disuruh ngisi ya ngisi, suruh melengkapi ya ngelengkapi, tapi ada yang suruh ngisi ya pernah tak kembalikan, nggak lengkap-lengkap, kemudian mengeluh dengan alasan pekerjaan lain banyak. Tapi sebagian besar sih nggak.</p> <p>Kita ada feedbacknya, kita setiap bulan itu kita kirim laporan, laporan evaluasi ini dari semua SMF itu kita bikin</p>

	<p>laporan grafiknya yang paling lengkap sampai yang gak lengkap. Terus sampek dengan laporan kepatuhan pengisian, tu juga dilampirkan. Terus juga DPJP, ini kan satu berkasini DPJP ny siapa. Kan sample tapi mas aku, nggak semua berkas tak evaluasi. DPJP nya siapa terus tak rekap, keluar kan nilainya, terus itu tak laporin bagian pelaoran pak adi itu yang mengumpulkan. Apa dengan laporan dengan laporan pengembalian berkas, biar nggak telat kan kita SPM nya 2 x 24 jam. Sedangkan rata-rata tiap bulan kita itu masih 8 hari.</p> <p>2. Sebenarnya menyadari, tapi mau ggak mau kan harus dijalankan. Karena kemaren itu yang keluar baru yang map biru. Map biru itu kan dari kita ini sekitar 31 lembar. 31 lembar itu ada satu formulir dobel, 31 A, B, C, dst.belum lagi formulir yang khusus-khusus, yang lama ini loh ya, ini mungkin sudah hampir 50 an paling ya. Yang sekarang 13 atau 14 lembar, ketambahan yang khusus-khusus itu nggak tau berapa. Nah itu isinya ada yang masih sama seperti ini, ada yang formatnya berubah sama sekali dari yang awal. Dokter, khususnya karena yang ngisi kan, akeh sambate mas. Kalau perawat aku kan nggak pernah ini aku, apa itu komunikasi. Yang kesini kan dokter, karena perawat kan pelayanan disana kan sudah sibuk banget kan mas. Dokter kan kalau nggak ada jadwalnya kan dia kesini ngelengkapi, tapi mereka mengeluh karena formatnya berubah. Sosialisasi berkas baru itu pun satu IRNA itu kan satu hari, itu pun kan nggak semua datang. Hanya chief, terus seniornya yang datang, yang chief sama senior ini yang nanti sosialisasi lagi tingkat intern, itu ada yang datang ada yang nggak. Nah tingkat pemahamannya ada yang bisa dan ada yang kurang paham. Nah itu ngisinya mas, ada yang kadang ada yang salah ada yang sudah benar. Banyak mas problemnya. Nah untuk Direksi usahanya itu dia, apa ya, kan punyaanya dr. Cita kan ya, Bakordik, mengurus PPDS. Dia itu yang menjembatani kepada PPDS. Insya Allah dia itu juga nanti usahanya kita untuk melengkapi ini, evaluasi di ruangan. Yang mengevaluasi itu PPJP dan dilakukan setiap hari. Dilakukan setiap hari mulai pasien keluar ya, KRS. Iku ambek PPJP ne iku dicatat yang kurang apa, doktere dipanggil suruh ngisikan disitu. Yang ngisi biasanya PPDS nya untuk kemudian ditandatangani DPJP nya. Nggak ada yang kontrol disitu, yang evaluasi kan disini tok. Disini tok itu juga nunggu berkas, nah nunggu berkas itu lama, karena dari ruangan itu dia belum tentu dia langsung kembali kesini, ada yang dimasukkan lagi ke SMF untuk dilengkapi, tanda tangan DPJP dan lain sebagainya. Kalau ini nanti</p>
--	---

	<p>programnya AMC, bikin format evaluasi tapi di ruangan. Untuk mencapai pengembalian berkas 2 kali 24 jam, apa standarnya JCI itu. Karena yang diminta laporannya itu katanya mulai bulan Juni.</p> <p>3. Kayaknya perhatian kepada karyawan nggak ada, karena Direksi itu kanterdesak dengan standarnya JCI, mau nggak mau dia juga harus buat itu. Yang membuat ini kan juga yang mengisi, seniornya, dia pun juga mengeluh, “kok banyak begini”. Tapi kan mau nggak mau. Ya sebenarnya sudah tau mas kalau perawat, DPJP, juniornya itu mengeluh terus.</p>
<p><i>Key Informan 2</i></p>	<p>1. Kalau pertanyaan ini saya jadi teringat beberapa waktu lalu yang waktu kita ada bimbingan dari surveyor yan dari JCI Amerika itu. Para surveyor itu melihat data kita tentang tingkat kepatuhan cuci tangan, terus dalam data kita dituliskan bahwa tingkat kepatuhannya, saya lupa, mungkin hampir 100 persen pokoknya kalau tidak salah itu. Nah kemudian para surveyor kasih komentar gini. “di rumah sakit Jepang yang lulus akreditasi, rumah sakitnya bagus, tapi tingkat kepatuhan cuci tangannya mereka tulis 60%. Dan di RSDS Soetomo yang saya lihat banyak orang tidak cuci tangan ketika akan dan telah kontak dengan pasien, data cuci tangannya hampir 100%.” Itu orang-orang di rapat langsung ketawa. Kena banget itu sindirannya. Ya dari situ kita bisa simpulkan bahwa kepatuhan terhadap standar dalam impelementasinya itu masih sangat kurang di RS Soetomo ini.</p> <p>2. Ada yang mendukung dan tidak. Tergantung semangat masing-masing kalau menurut saya. Tapi yang lebih penting di balik itu memang pimpinan rumah sakit yang harus kasih semangat dan menyakinkan ke semua orang kalau akreditasi itu penting untuk dilakukan. Dan harus menjamin semua orang melaksanakan apa yang standar sudah gariskan.</p> <p>3. Dalam beberapa kesempatan bertemu dengan kawan-kawan perawat, atau staf pelayana lain, saya sering sih diskusi. Memang implementasi standar kali ini, yang JCI ini sulit, banyak yang harus dilakukan. Dan kita sebelumnya tidak pernah atau tidak biasa ngelakuin itu. Jadi ya agak susah juga. Masalahany lagi kita belum nemu formula yang pas buat implementasinya, jadinya sering mindkin berubah-ubah. Tapi ya teman-teman memang harus laksanakan. Kasiha juga berubah-ubah. Atau kalau nggak berubah ya yang tiba-tiba yang dulunya kerjaannya nggak sebegitu, sekarang jadi banyak. Sedangkan penilaian kinerja kita disini belum mengarah ke situ.</p>

<i>Key Informan 3</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kalau kami di banpol PP sebisa mungkin berusaha menjalankan arahan dari pimpinan. Tetapi memang ada keterbatasan dari kami, terutama jumlah personel, jadi beberapa dari anggota kami juga kuwalahan kalau harus menjalankan banyak tanggung jawab pekerjaan-pekerjaan baru di lapangan. 2. Kami dari banpol PP mendukung sepenuhnya, pada prinsipnya seperti itu. 3. Saya pikir, pimpinan memberikan arahan yang baik. Untuk keajahteraan memang masih belum ada perubahan.
-----------------------	---

Sumber: Hasil Wawancara

5.4.4. Faktor keras manajemen perubahan 4: *Effort*

5.4.4.1. Pimpinan RSUD Dr. Soetomo

Tabel V.11 berisi jawaban Direksi terhadap pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan faktor *effort* dalam pemenuhan standar JCI. Wa Dir Yanmed selaku Ketua Eksekutif Akreditasi menyatakan bahwa manajemen penyelesaian pekerjaan harian dan proyek perubahan dilakukan sejak dalam tahap rekrutmen tim. Wa Dir Yanmed menyatakan bahwa setiap individu dalam tim akreditasi dipilih karena bisa mengatur pekerjaan dan waktu penyelesaiannya dengan baik. Selanjutnya Wa Dir Yanmed menyatakan tidak ada program khusus di RSUD Dr. Soetomo tentang manajemen *stress*. Menurut Wa Dir Yanmed, dalam hal staf yang dibebani tugas pemenuhan standar JCI merasa berat bebannya, maka beban tersebut harus bisa dibagi ke dalam tim/ kelompok kerja dimana staf tersebut bergabung.

Menanggapi pertanyaan tentang perlu atau tidaknya melakukan perubahan SOTK, Wa Dir Yanmed menyatakan bahwa RSUD Dr. Soetomo perlu melakukan perubahan SOTK guna mengakomodasi kepentingan JCI. Hal senada disampaikan oleh Wa Dir Diklit (*key informan 2*) yang menyatakan bahwa saat ini

RSUD Dr. Soetomo tengah berproses dengan Biro Organisasi Provinsi Jawa Timur untuk melakukan perubahan SOTK. Dengan perubahan SOTK tersebut, Wa Dir Diklit berharap pelayanan di RSUD Dr. Soetomo dapat didukung oleh manajemen dengan baik.

Wa Dir Yanmed menyatakan bahwa melalui perubahan SOTK secara otomatis akan dilakukan *review* atas distribusi pekerjaan karyawan. Sedangkan Wa Dir Diklit menyatakan bahwa perlu dilakukan distribusi ulang SDM yang ada di RSUD Dr. Soetomo, yang utamanya untuk kepentingan pelayanan kepada pasien. Namun menurut Wa Dir Diklit, distribusi SDM dimaksud berpotensi mengalami kendala terkait kompetensi dan kualifikasi SDM RSUD Dr. Soetomo yang existing saat ini, dibanding dengan kebutuhan kompetensi dan kualifikasi SDM yang dituju.

Tabel V.11. : Jawaban *Key Informan* Direksi terhadap *Pertanyaan Effort*

Pertanyaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana manajemen penyelesaian pekerjaan harian dan pekerjaan proyek perubahan dilakukan di RSUD Dr. Soetomo? 2. Bagaimana program manajemen stress di RSUD Dr. Soetomo dijalankan? 3. Bagaimana SOTK RSUD Dr. Soetomo saat ini ditinjau dari kebutuhan perubahan? Apakah telah terdapat perubahan SOTK? Bagaimana efektifitas perubahan SOTK tersebut dalam mendukung manajemen beban kerja karyawan? 4. Bagaimana distribusi pekerjaan karyawan diatur menyesuaikan dengan proyek perubahan? 5. Apakah organisasi mendukung pengembangan karyawan untuk memiliki keahlian lintas bidang atau manajemen? Bagaimana bentuk pengembangan dimaksud?
Nomor	Jawaban Responden
<i>Key Informan1</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya kita kan ada namanya job description. Kita pilih-pilih pekerjaannya apa, orang itu mampu nggak mengerjakannya. Memang satu dua orang itu ya ndak sama ya, sesuai dengan kemampuan dia. Kita pilih karena dia mampu mengatur waktunya, mengatur pekerjaannya. Waktu pemilihan sudah

	<p>dilihat kemampuannya seperti apa. Kemudian standarnya apa yang harus dia kerjakan itu ada.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Tidak ada program khusus tentang manajemen stress. Sebetulnya karena ini kerja bareng, kalau ada orang yang merasa berat ya harus di share ke tim nya, dia kan tim toh. Jadi sebenarnya tidak ada yang pekerjaannya terlalu berat. Ini satu tim pekerjaan bareng-bareng. 3. Ya. Sekarang ini memang perlu diadakan perubahan SOTK. SOTK yang lama itu belum mengakomodasi rumah sakit rujukan nasional. Belum mengkomodir kepentingan JCI, jadi banyak yang tumpang tindih, banyak yang bebannya terlalu besar, makanya kita nanti perlu melakukan perubahan SOTK. Dalam upaya rumah sakit berjalan sesuai akreditasi. 4. Oh iya, makanya dengan SOTK baru, dengan tata kerja baru dengan sendirinya ada review-review dari tugas itu. 5. Ya jadi, sebetulnya yang disebut dengan pimpinan rumah sakit sesuai akreditasi itu kanGLD (Governance Leadership dan Directing) ya. GLD itu kan terdiri dari level-level, level satu owner, level dua Direksi, level tiga itu kawan-kawan pejabat struktural, level empat itu fungsional. Jadi sebenarnya itu suatu pelajaran yang diperoleh dari JCI ini bahwa kepemimpinan rumah sakit ini adalah kolektif kolegial. Sehingga yang disebut dengan pimpinan itu apa ya kolektivitas itu sesuai dengan juknisnya. GLD 1 kan ownernya, tugasnya megawasi mengarahkan. Kemudian yang kedua eksekutif, eksekutif itu kan terdiri dari para Direksi.Direksi-Direksi ini utamanya menjalankan. Dalam menjalankan itu kana da Plan-Do-Check-Action. Action nya yang lebih banyak. Disamping itu ada PDA nya. Do ya lebih banyak tetapi mereka juga melakukanevaluasi untuk menyusun plan. Jadi perencanaan rumah sakit itu bisa dari level 1, level 2, level 3,level 4. Jadi itu tidak bisa kegiatan itu dari atas saja dari bawah saja, harus keseluruhan. Seperti cakra piringan itu. Jadi kalau satu saja berhenti,L1, L2, L3, L4 itu berhenti maka ndak isa itu. Pasti rusak itu. Satu dengan yang lain mesti harus berjalan itu. Semua harus gerak bareng-bareng.
<i>Key Informan2</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kita akan desk dengan biro organisasi segera, mudah-mudahan Agustus nanti sudah ada perubahan SOTK. Ada beberapa perubahan sebagai contoh, Diklit nanti akanditambahkan dengan Kepegawaian, Pendidikan,

	<p>Penelitian dan Kepegawaian, gitu jadi itu masuk. Jadi ada beberapa perubahan yang terkait dengan SOTK dan perubahan tersebut diharapkan akan mensupport semua kegiatan. Jadi prinsip begini, balik lagi manajemen itu mensupport kegiatan pelayanan. Itu prinsipnya, jadi bagaimana supaya pelayanan berjalan dengan baik. Itu tugas kami untuk mensupportnya. Gak mungkin misalnya, lift rusak, mereka nggak akan bisa perbaiki. Perbaikan itu ada di sisi kami, karena anggaran itu ada di kami. Oleh sebab itu, tugas dari manajemen ini adalah mensupport kegiatan-kegiatan yang ada di unit layanan. Karena bisnis kita ada layanan, pelayanan dan pendidikan, otomatis, bisnis kita ada di situ.</p> <p>4. Rasanya begitu, kita sudah mulai menghitung. Jadi begini sebagai contoh saat ini, existing, jadi saat ini kebutuhan perawat itu kurang 1200 orang. Ya, jumlah ini masih bisa lah disubstitusikan, tapi jumlah ini masih kurang lah. Nah akibatnya apa kalau perawat kurang, beban kerjanya lebih tinggi, lebih berat dan lebih ini. Kalau beban kerjanya lebih tinggi apa dampaknya? Ya terus terang aja dia tidak bisa memberikan pelayanan yang baik. Ya mungkin dalam arti, kalau dari sisi hard skillnya, nyuntiknya, ngasih obatnya itu mungkin masih oke, tetapi soft skill senyum menyapa itu yang kurang. Kenapa, karena dia bebannya terlampau berat. Ini yang dari sisi perawat, sementara di sisi lain ada pegawai BLUD kita sudah 1600 orang. 1600 orang itu kalau ditambah lagi, maka beban rumah sakit akan bertambah lagi. Oleh sebab itu pastilah, apa namanya, tadi kita baru diskusikan, mungkin akan ada rasionalisasi jumlah tenaga di administrasi, supaya administrasi kita kurangi, kita ganti dengan perawat. Itu yang sekarang kita kerjakan, kenapa, karena uang kita terbatas. Uang kita terbatas sementara tenaga BLUD kita 1600, tapi sebagian besar ada di administrasi. Sementara perawat ini kurangnya banyak. Sehingga distribusi pekerjaan juga akan berubah, otomatis itu. Hanya memang masalahnya adalah, kendalanya pada bagaimana aturannya untuk melakukan rasionalisasi. Ya pasti kan kan agak susah, mesti kan BLUD itu kan kontrak, jadi kalau tidak diperpanjang pun sebenarnya tidak apa-apa. Dari sisi kemanusiaan mungkin kasihan juga. Mungkin, Cuma kan begini pak. Kadang-kadang repotnya begini, orang kan masuk, karyawan kan masuk dengan ijazah S1, mosok tak dadekno transporter pak, kan sakno, kan gitu. Hal-hal yang seperti ini yang, masuk dengan ijazah S1 ternyata kinerjanya juga tidak maksimal sesuai</p>
--	---

	dengan ijazahnya. Tapi mosok S1 ya transporter, kan begitu. Transporter ini mungkin dari sisi knowledge tidak terlalu tinggi tapi perlu rajin gitu aja, apa perlu S1 gitu. Mestinya SMA aja cukup. Nah hal-hal seperti ini yang masih dalam pembicaraan kita, bagaimana supaya memenuhi, kita kan tidak pernah terpikirkan dulu, terus terang saja tidak pernah terpikirkan. Tapi dengan semakin banyaknya unit-unit layanan makin besarnya rumah sakit, makin padatnya rumah sakit tenaga itu ada, dan juga tuntutan masyarakat tentunya ya.
--	---

Sumber: Hasil Wawancara

5.4.4.2. Koordinator Dokumen Akreditasi

Tabel V.12 menunjukkan jawaban *key informan* Koordinator Dokumen Akreditasi terhadap pertanyaan-pertanyaan seputar faktor *effort* dalam pemenuhan standar JCI. *Key informan* menyatakan bahwa tidak ada arahan khusus atau kebijakan dari pimpinan organisasi tentang manajemen penyelesaian pekerjaan harian terhadap pekerjaan pemenuhan standar JCI. Menurut *key informan* penyelesaian kedua tugas tersebut kembali kepada masing-masing individu anggota tim akreditasi. Selanjutnya *key informan* menyatakan tidak ada program manajemen *stress* khusus dalam kegiatan pemenuhan standar JCI. Kemudian *key informan* menyatakan belum ada wacana untuk distribusi pekerjaan karyawan diatur menyesuaikan dengan proyek perubahan dalam rangka pemenuhan standar JCI.

Tabel V.12. : Jawaban Key Informan Koordinator Dokumen Akreditasi terhadap Pertanyaan *Effort*

Pertanyaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagaimana manajemen penyelesaian pekerjaan harian dan pekerjaan proyek perubahan, untuk pemenuhan standar akreditasi JCI, dilakukan di RSUD Dr. Soetomo? 2. Bagaimana program manajemen <i>stress</i> di RSUD Dr.
------------	---

	Soetomo dijalankan? 3. Bagaimana distribusi pekerjaan karyawan diatur menyesuaikan dengan proyek perubahan?
Nomor	Jawaban Responden
<i>Key Informan 1</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada manajemen penyelesaiannya pekerjaan, kembali ke individu masing-masing, apakah dia mampu. Jadi dia harus memilih untuk fokus pada akreditasi atau pada pekerjaan hariannya. Misalkan ada satu anggota akreditasi sedang melakukan studi, dia lebih fokus pada studinya dan akhirnya pekerjaan akreditasinya kurang maksimal. Namun orang tersebut ya masih menjadi anggota akreditasi. Akhirnya tidak terlibat sama sekali. Namun ada juga individu yang berkomitmen, meskipun pekerjaannya banyak, dia secara pribadi menambah waktu kerja untuk 2. menyelesaikan pekerjaan akreditasi tersebut, jadi berjalan semuanya, baik yang akreditasi maupun yang non akreditasi, akhirnya ya tapi ada juga yang jadi kurang maksimal. 3. Program manajemen <i>stress</i> secara khusus dari akreditasi tidak ada, kembali ke individu masing-masing. 4. Belum ada wacana untuk distribusi pekerjaan karyawan diatur menyesuaikan dengan proyek perubahan tersebut.

Sumber: Hasil Wawancara

5.5. Pembahasan terhadap Data yang Didapat dari Hasil Wawancara Dengan *Key Informan*

5.5.1. Pembahasan terhadap Faktor *Duration*

Sirkin, (2005, 98) berpendapat bahwa: “Proyek perubahan jangka panjang yang terus menerus *direview* akan lebih sukses daripada proyek perubahan jangka pendek yang tidak *direview*. Periode *review* tergantung dari kebutuhan, dipandang dari seberapa sering *review* harus dilakukan.” Tentang berapa kali proses *review* sebaiknya dilakukan selama proyek perubahan berlangsung, Sirkin (2005, 100) berpendapat bahwa: “Organisasi harus *mereview* perubahan secara formal, setidaknya dua bulan sekali, karena berdasarkan

pengalaman kami, inisiatif perubahan menjadi semakin sering bermasalah ketika waktu di antara dilakukannya *review* melebihi 8 minggu.” Bahkan proses *review* perlu dijadwal lebih sering dari 8 minggu, tergantung seberapa lama proyek dapat berjalan *on track* tanpa keluar jalur yang telah ditentukan. Seperti yang Sirkin (2005, 101) kemukakan: “Proyek yang lebih kompleks harusnya *direview* lebih sering; inisiatif yang lebih familiar bisa dinilai setiap 6 sampai 8 minggu.”

Berdasarkan hasil wawancara dengan Direksi, Ketua Eksekutif Akreditasi dan Koordinator Dokumen diketahui bahwa telah dilakukan *review* terhadap proyek perubahan untuk pemenuhan standar JCI. Proses *review* dilakukan mengacu pada *timeline* capaian pemenuhan standar. *Timeline* dibagi ke dalam 3 prioritas yang harus dicapai sampai dengan batas waktu tertentu, antara lain: 1) Prioritas 1 paling lambat Mei 2016; 2) Prioritas 2 paling lambat Juli 2016; 3) Prioritas 3 paling lambat Oktober 2016. Di akhir batas waktu pemenuhan standar, berdasarkan masing-masing prioritas, dilakukan *review* atas *progress* pemenuhan standar JCI. Sehingga kalau dihitung, jarak antara proses *review* yang dilakukan di RSUD Dr. Soetomo berdasarkan *timeline* adalah 3 bulan. Jarak tersebut dihitung dari bulan Mei s.d. Juli dan Agustus s.d. Oktober. Pemenuhan standar JCI dapat dikatakan sebagai proyek yang kompleks karena standarnya melibatkan semua aspek organisasi rumah sakit dan menuntut partisipasi seluruh staf rumah sakit. Pemenuhan standar tersebut juga dapat dikategorikan sebagai proyek jangka panjang karena pemenuhan sarana prasarana yang disyaratkan tidak bisa dipenuhi dalam satu tahun anggaran 2016 saja, ditunjukkan dengan lanjutan rencana penganggaran sarana prasarana akreditasi pada tahun anggaran 2017.

Berdasarkan hal tersebut, proses review yang dilakukan terhadap pemenuhan standar JCI di RSUD Dr. Soetomo setidaknya bisa dilakukan lebih sering intensitasnya, yakni jika merujuk pendapat Sirkin, antara 6 sampai dengan 8 minggu.

Proses *review* yang dilakukan khusus untuk proyek perubahan dalam pemenuhan standar JCI telah diakomodasi dalam bentuk kebijakan yang dinamakan Strategi JCI. Kebijakan Strategi JCI disusun berdasarkan *Strategic Improvement Plan* didapat dari hasil temuan *surveyor* akreditasi dalam *initial assessment*, yang kemudian dibahas secara bersama-sama dengan Tim Akreditasi dan seluruh pejabat struktural/ fungsional dalam rapat tentang detail waktu penyelesaiannya. Kebijakan Strategi JCI berisi tata cara melakukan pembenahan dan sampai batas waktu kapan harus diselesaikan. Namun untuk proses *review* yang berlaku secara umum untuk seluruh proyek perubahan yang tengah dan akan terjadi di RSUD Dr. Soetomo belum diinstitutionalkan dalam kebijakan.

Proses *review* yang didasarkan pada *milestone* yang harus dicapai penting untuk menilai jalannya proyek, mengidentifikasi *gap* dan menemukan risiko baru dalam pelaksanaan proyek perubahan. Momentum tersebut kemudian akan dimanfaatkan sebagai *milestone* guna memacu semangat tim dan seluruh karyawan untuk terus memastikan langkah perubahan berjalan sesuai jalurnya. Apabila *milestone* dirasa sulit untuk dicapai dalam jangka waktu yang telah ditentukan, tim perubahan harus bisa memahami mengapa hal tersebut terjadi, mengambil langkah korektif dan belajar dari pengalaman untuk mencegah masalah tersebut berulang di masa depan.

Berdasarkan hasil wawancara, *Strategic Improvement Plan* berisi detail tentang hasil semua temuan surveyor dalam *initial assessment* yang kemudian dijabarkan dalam target yang harus dicapai kelompok kerja dalam tim akreditasi. Selain hasil temuan, *Strategic Improvement Plan* juga berisi kondisi ideal pelayanan atau tata kerja di RSUD Dr. Soetomo sesuai standar JCI. Setelah melakukan pengukuran tingkat capaian kondisi saat ini terhadap kondisi ideal, sehingga didapatkan gap yang harus diatasi, tim juga melakukan *review* terhadap cara mengatasi gap tersebut. Apabila ditemukan metode penyelesaian masalah ternyata tidak efektif, maka tim akan melakukan rapat, mengevaluasi dan membahas penyelesaiannya.

Untuk menjaga implementasi proyek tetap pada jalurnya, maka tim perubahan perlu konsisten memonitor secara periodik hasil perubahan terhadap rencana. Hal tersebut, menurut Harrington (2000, 130) dilakukan dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

1. Implementasikan prosedur-prosedur yang didesain untuk memonitor implementasi. Gunakan alat *survey* yang dibuat khusus untuk mereview proyek perubahan di organisasi. Dalam tahap ini, data yang terkumpul akan dibandingkan dengan data yang dikumpulkan sebelum implementasi proyek.
2. Rapat secara rutin dengan tim perubahan untuk mereview data yang dikumpulkan. Membuat kesepakatan terhadap faktor penyebab apa yang menghambat implementasi.
3. Melaporkan data hasil monitoring kepada para *sponsor* atau beberapa pihak penting terkait.
4. Merevisi rencana sesuai kebutuhan.

Tim perubahan harus menyediakan laporan tentang *progress* perubahan, dan kemudian pimpinan organisasi harus memastikan bahwa tim bekerja sesuai jalur yang telah ditentukan. Mereka juga harus memastikan bahwa mencapai

milestone yang telah ditentukan benar-benar memberikan efek bagi organisasi. Mereka juga perlu mendiskusikan permasalahan yang dihadapi tim perubahan dalam mencapai *milestone*, dan menentukan bagaimana pencapaian tersebut dapat mempengaruhi fase selanjutnya dalam proyek. Pimpinan organisasi dan tim perubahan harus memiliki kekuatan untuk mengenali kelemahan. Apabila dibutuhkan, mereka wajib menentukan alternatif penyelesaian, setuju untuk mendorong sumber daya yang berbeda, atau menyarankan arah baru perubahan.

Tim Akreditasi dilengkapi dengan tim khusus yang bertugas merekam implementasi standar JCI pada kondisi terkini berdasarkan *Strategic Improvement Plan*. Tim khusus yang dinamakan *tracer* ini akan melaporkan hasil temuannya kepada kelompok kerja sesuai wilayah kerja. Kemudian kelompok kerja akan melaporkan hasil kompilasi temuan kepada Direksi. Meskipun Direksi *intens* hadir dalam rapat koordinasi, dengan agenda pelaporan progress pemenuhan standar, namun berdasarkan hasil wawancara langkah konkrit penyelesaian masalah dirasa masih kurang.

Berdasarkan pembahasan di atas dapat disimpulkan bahwa proses review, yang dilakukan untuk pemenuhan standar JCI di RSUD Dr. Soetomo, telah memiliki mekanisme evaluasi yang jelas mengacu pada target-target yang harus dicapai. Selain itu proses *review*nya diarahkan untuk memicu diskusi tim perubahan guna menjaga proyek tetap pada jalurnya dan membuat koreksi atau penyempurnaan bila diperlukan. Namun masih terdapat beberapa kekurangan, yaitu durasi *review*nya yang menurut literatur terkait belum sesuai jika mempertimbangkan kompleksitas proyek perubahan yang dilakukan. Dan juga

kurangnya peran pimpinan organisasi dalam memberikan keputusan hasil *review* berpotensi menghambat kelancaran proyek perubahan di RSUD Dr. Soetomo.

5.5.2. Pembahasan terhadap Faktor *Integrity*

Beer (2001, 91) menyampaikan hasil penelitiannya dalam jurnal sebagai berikut:

Pengalaman dari banyak perusahaan yang mengimplementasikan program perubahan, ditemukan bahwa karyawan mendapatkan beban kerja tambahan untuk memastikan pekerjaan harian terselesaikan dengan baik. Oleh karena tim perubahan diberikan tugas dan tanggung jawab yang berat dan harus menangani sekian banyak aktivitas, sumber daya, tekanan pekerjaan, stimuli eksternal dan hambatan-hambatan yang tak terlihat, maka tim harus kohesif dan diarahkan/ dipimpin dengan baik.

Berdasarkan hal tersebut penting bagi organisasi yang menjalankan proyek perubahan untuk memperhatikan beban kerja yang tengah ditanggung tim perubahan, agar tim fokus dan dapat menyelesaikan tugas mengawal perubahan organisasi dengan baik.

Dalam proyek perubahan pemenuhan standar JCI di RSUD Dr. Soetomo tidak ada arahan atau pembicaraan bersama antara pimpinan organisasi dan tim akreditasi mengenai komitmen pengalokasian waktu dan tenaga masing-masing individu dalam menyelesaikan pekerjaan pemenuhan standar JCI disamping pekerjaan harian. Seluruh anggota tim dituntut untuk terlibat sepenuhnya dalam kegiatan pemenuhan standar JCI tanpa meninggalkan tugas atau pekerjaan harian. Dan belum ada tindak lanjut berupa evaluasi SDM dan susunannya dalam tim akreditasi apabila terdapat kinerja yang kurang maksimal akibat beban kerja yang dirasa terlalu berat.

Sirkin (2005, 101) berpendapat bahwa: “Tim perubahan wajib memiliki pemimpin dan komposisi anggota yang baik. Eksekutif senior organisasi sendirilah yang harus mewawancarai secara personal anggota tim sehingga bisa menyusun portofolio yang tepat tentang *skill*, pengetahuan, dan jaringan sosial.” Lebih lanjut menurut hasil pengamatan Sirkin (2005, 101) ada beberapa perusahaan dalam penelitiannya, ditemukan bahwa: “Para eksekutif pendukung, yang kami temukan, sangatlah inklusif dalam memilih tim. Mereka mengidentifikasi *talent* dengan mencari tahu ke rekan kerja yang dipercaya, termasuk manager SDM; dengan mengedarkan kriteria yang telah mereka susun; dan dengan mencari *top performers* di semua fungsi.”

Tim akreditasi telah disusun dari SDM yang mewakili semua unsur dari organisasi yang dibutuhkan untuk mencapai pemenuhan standar JCI. Masing-masing individu dalam tim dipilih karena mempunyai kompetensi dan dinilai mampu serta mau menjalankan tugas pemenuhan standar JCI, meskipun tanpa melalui mekanisme rekrutmen tertentu kepada anggotanya. Pemilihan individu untuk menjadi anggota tim diserahkan kepada masing-masing *key person* yang sebelumnya telah ditunjuk oleh Ketua Eksekutif Akreditasi. Tim yang telah disusun dari SDM yang memiliki kompetensi dan mewakili organisasi rumah sakit, dirasa masih memiliki kekurangan dalam hal mengkoordinasikan pengimplementasian standar JCI dengan pihak-pihak yang secara langsung menjalankan operasional kegiatan yang dimaksud.

Sirkin (2005, 101) berpendapat bahwa: “karena tim perubahan mengatasi sebegitu luas cakupan aktivitas, sumber daya, tekanan, stimuli eksternal, dan

kendala-kendala tak terlihat, maka tim haruslah kohesif dan dipimpin dengan baik. Sehingga dalam melaksanakan tugasnya, menurut Beer (2001, 91):“tim perubahan harus diberikan aturan-aturan, komitmen dan akuntabilitas yang jelas.”

Pimpinan memegang peranan penting dalam jalannya proyek perubahan. Noer (1997, 24) berpendapat bahwa: “Pemimpin, sebagai individu, merupakan alat terpenting dalam perubahan. Semangat, *insight*, kebijaksanaan, nilai-nilai dan kemampuan belajar dari pemimpin merupakan aspek penting untuk memimpin orang lain dalam merangkul dan mendesain ulang perubahan. Galpin (1996, 3) mengajukan langkah-langkah strategis yang diperlukan pemimpin untuk efisiennya proses perubahan, diantaranya:

5. Menetapkan perlunya perubahan.
6. Mengembangkan visi sebagai hasil dari perubahan.
7. Mendorong tim untuk mendesain, menguji dan mengimplementasikan perubahan.
8. Mengarahkan aspek-aspek kultural organisasi yang membantu dan menjaga perubahan.

Berdasarkan hasil wawancara, diketahui bahwa aturan dan tata cara yang telah disusun Ketua Eksekutif Akreditasi agar tim dapat bekerja memenuhi standar JCI masih belum ditangkap oleh seluruh anggota tim sebagai aturan dan tata cara yang jelas dalam melaksanakan pemenuhan standar JCI. Terdapat pendapat yang menyatakan bahwa Direksi selaku pimpinan organisasi belum mengatur dengan baik bilamana tim akreditasi berkoordinasi dengan bidang/ bagian/ unit kerja terkait pemenuhan standar JCI, sehingga memicu beberapa kendala terkait perubahan alur dan tata kerja di lapangan.

Berbicara tentang penilaian kinerja tim perubahan, Sirkin (2005, 101) berpendapat bahwa: “*Top management* mempublikasikan parameter penilaian

kinerja tim dan bagaimana evaluasi tersebut sesuai dengan penilaian kinerja pada umumnya yang berlaku di organisasi.” Penilaian kinerja tersebut digunakan sebagai alat evaluasi tim dan bisa juga sebagai dasar pemberian insentif khusus karena telah bertugas menjalankan proyek perubahan..

Pengukuran kinerja pada tim akreditasi lebih fokus pada capaian kinerja tim, namun hasil pengukuran kinerjanya pun belum dipakai sebagai dasar evaluasi efektifitas kinerja tim. Insentif yang diberikan khusus kepada anggota tim akreditasi, karena menjalankan tugas pemenuhan standar JCI, tidak berbasis kinerja namun sekedar insentif yang menunjukkan keterlibatan dalam menjalankan pemenuhan standar JCI saja. Hal itu juga sebagai konsekuensi pandangan Direksi dan Ketua Eksekutif Akreditasi yang lebih menekankan tugas pemenuhan standar JCI sebagai pekerjaan gotong royong yang harus dijalankan seluruh elemen rumah sakit.

5.5.3. Pembahasan terhadap Faktor *Commitment*

Kotter (2006, 4) menyatakan bahwa: “Perubahan yang sukses melibatkan koalisi dari pihak-pihak terkait, dimana koalisi tersebut terus tumbuh dari waktu ke waktu.” Pihak terkait dimaksud termasuk *board member*, *key customers*, bahkan *union leader*, mungkin memang menjadikan diskusi perubahan menjadi lebih sulit, namun hal inilah yang diperlukan untuk perubahan. Perihal koalisi ini lebih lanjut Kotter (2006, 5) berpendapat sebagai berikut:

Perusahaan-perusahaan yang gagal dalam membangun koalisi yang solid disebabkan karena: “1) Meremehkan kesulitan membuat perubahan dalam konteks koalisi; 2) Pimpinan teratas tidak punya sejarah kerjasama

tim dalam tipe koalisi; 3) Tidak menempatkan *key line manager* dalam koalisi dimaksud.

Jalannya proyek perubahan dalam pemenuhan standar JCI di RSUD Dr. Soetomo mendapatkan dukungan penuh dari pimpinan organisasi serta sebagian besar *stakeholder* dan karyawan rumah sakit. *Stakeholder* rumah sakit diantaranya Pemerintah Provinsi Jawa Timur selaku pemilik dan pihak-pihak lain yang mempunyai pengaruh besar terhadap kesuksesan jalannya proyek perubahan. Masih adanya pihak yang belum mendukung, berdasarkan hasil wawancara, disebabkan karena belum mengerti urgensi pemenuhan standar JCI untuk peningkatan kinerja organisasi rumah sakit. Oleh karena itu pimpinan organisasi dan manajemen berusaha untuk memberikan pengertian kepada pihak-pihak yang masih belum memberikan dukungannya tersebut. Dukungan pihak-pihak berpengaruh di luar rumah sakit dinyatakan secara langsung melalui perwakilannya dalam rapat-rapat koordinasi antara RSUD Dr. Soetomo dan institusi tersebut. Dalam wawancara pimpinan RSUD Dr. Soetomo menyatakan bahwa pimpinan organisasi terdiri dari beberapa level diantaranya: Pemerintah Provinsi Jawa Timur selaku owner, Direksi selaku *top management*; pejabat struktural dan pejabat fungsional. Direksi juga menyadari bahwa kebijakan atau aksi yang dilakukan keempat level ini saling terkait. Apabila salah satu diantara keempatnya tidak sejalan dalam kebijakan, maka jalannya kegiatan dipastikan akan terhambat.

Hal penting berikutnya yang perlu ada sebagai wujud komitmen pimpinan organisasi terhadap proyek perubahan adalah pengalokasian sumber daya. Dalam hal sumber dana, seringkali keterbatasan dana menjadikan hambatan

bagi keberlangsungan perubahan. Kim (2003, 5) memberikan saran bahwa: “Pemimpin yang sukses akan mengkonsentrasikan sumber dananya yang terbatas pada tempat-tempat yang benar-benar memerlukan perubahan dan yang paling besar peluang sukses perubahannya.”

Dalam pelaksanaan proyek perubahan untuk pemenuhan standar JCI, Direksi dan/ atau Pemerintah Provinsi Jawa Timur, berkomitmen penuh untuk mengalokasikan sumber dana bagi kesuksesan pemenuhan standar JCI. Hal ini dibuktikan melalui perubahan anggaran belanja RSUD Dr. Soetomo tahun berjalan 2016 khusus untuk pemenuhan sarana prasarana sesuai standar JCI. Namun dengan keterbatasan pengalokasian belanja pemenuhan standar JCI di tahun 2016, mempertimbangkan besarnya kebutuhan pemenuhan sarana prasarana yang disyaratkan, maka digunakan pengalokasian dengan berdasarkan skala prioritas kebutuhan. Kemudian kebutuhan yang belum bisa dialokasikan di tahun 2016, akan dianggarkan pada tahun 2017.

Namun pengalokasian SDM, yakni staf, dalam melaksanakan implementasi standar JCI di lapangan masih terkendala perihal pengadaan dan pendistribusian SDM nya. Kendala tersebut lebih disebabkan karena RSUD Dr. Soetomo sebagai rumah sakit milik pemerintah daerah, wajib tunduk padaperaturan perundangan terkait SDM yang dinilai kurang fleksibel dalam hal pengadaan, distribusi karyawan, dst.

Mendorong karyawan bekerja sesuai visi organisasi menurut Cowley (2007, 26) dapat dilakukan dengan cara: “...menunjukkan keterlibatan pemimpin senior organisasi baik dalam jalur informasi formal maupun informal dan

mengkomunikasikan secara spesifik informasi tertentu dengan mempertimbangkan hasil yang diharapkan, *time tables*, dan perubahan karyawan.”

Keterlibatan Direksi dan Para Pejabat RSUD Dr. Soetomo ditunjukkan baik melalui jalur komunikasi formal maupun informal. Keterlibatan pimpinan organisasi ditunjukkan melalui arahan-arahan seputar pemenuhan standar JCI, baik pada rapat-rapat akreditasi maupun rapat-rapat koordinasi lainnya. Selain itu pimpinan organisasi menunjukkan keterlibatannya melalui penyampaian himbauan dan arahan untuk bekerja sesuai standar JCI di beberapa kesempatan bertemu dengan staf.

Middle managers merupakan pihak yang dekat dengan operasional harian, kastemer, dan karyawan di garis depan pelayanan, sehingga mereka lebih tahu dengan baik dimana letak permasalahan dibanding siapapun di organisasi. Namun mereka juga berada di posisi yang jauh dari apa yang dilakukan divisi lain dalam organisasi sehingga mereka tidak mempunyai gambaran besar tentang permasalahan sesungguhnya, yang memungkinkan mereka melihat alternatif-alternatif lain, baik guna penyelesaian masalah maupun peningkatan kineja. Hal tersebut sesuai dengan pendapat Huy (2002, 31): “Pimpinan perusahaan perlu mendengarkan keluhan dan saran dari supervisor yang mengerti betul permasalahan, disamping memberikan penjelasan dan arah perubahan secara holistik organisasi kepada mereka. Pemimpin yang tidak mendengarkan dengan baik para supervisor karyawan mereka akan memperkecil peluang kesuksesan perubahan mereka.”

Pemenuhan standar JCI tidak lain sebagai bentuk penyempurnaan gerak operasional rumah sakit dalam kesehariannya. Sehingga permasalahan yang ditemukan ketika rumah sakit berusaha memenuhi standar JCI merupakan masalah operasional yang juga dihadapi para pelaksana dan pemangku jabatan terkait. Terhadap pihak-pihak yang mengerti betul masalah operasional tersebut, berdasarkan hasil wawancara dengan Direksi dan pejabat operasional terkait, pimpinan organisasi masih belum jelas menempatkan kepada siapa penugasan penyelesaian masalah. Direksi menyatakan bahwa segala permasalahan terkait pemenuhan standar JCI, tim akreditasi melalui kelompok kerjanya lah yang lebih ditempatkan di depan pejabat dan pelaksana operasional. Sedangkan menurut *key informan* pejabat operasional terkait, penyelesaian masalah ada di tangan pejabat dan pelaksana operasional karena terkait dengan kewenangan dan tanggung jawabnya. Namun untuk usulan perbaikan, semua pihak sepakat bahwa pimpinan organisasi terbuka atas seluruh saran perbaikan dari berbagai pihak.

Selain *middle managers*, pihak yang terdampak perubahan adalah staf yang melaksanakan operasional harian. Kotter (2006, 7) menyatakan bahwa: “Karyawan perlu didorong untuk mencoba pendekatan perubahan yang baru, mengembangkan ide-ide dan kemampuan *leadership*.” Dengan kata lain, semakin banyak yang terlibat dalam mengembangkan ide dimaksud, maka perubahan akan menjadi sukses.

Dukungan jalannya proyek perubahan untuk pemenuhan standar JCI juga datang dari pihak-pihak yang terdampak langsung perubahan, yang sebagian besar terdiri dari staf yang prosedur kerjanya berubah karena menyesuaikan standar JCI.

Namun dukungan tersebut dirasa belum menyeluruh diberikan semua staf, hanya sebagian saja dan masih berbeda-beda besar dukungannya antara kelompok jabatan satu dengan lainnya. Misalnya perawat yang memberikan dukungan penuh kepada pemenuhan standar JCI, sedangkan staf administrasi yang kurang mendukung karena beranggapan pemenuhan standar JCI hanya terkait pekerjaan atau pelayanan yang bersinggungan dengan pasien secara langsung.

Selalu terdapat pihak-pihak berpengaruh yang resisten terhadap perubahan. Pihak-pihak ini akan semakin menjadi-jadi resistensinya ketika langkah-langkah perubahan mulai dijalankan. Oleh karena itu saran Kim (2003, 7) tentang resistensi ini adalah:

Pimpinan organisasi harus mampu mengidentifikasi orang-orang tersebut (resisten terhadap perubahan) jauh-jauh hari sebelum langkah perubahan diluncurkan, selain memastikan selalu terdapat orang kepercayaan dalam setiap divisi atau tim yang sejalan visinya dengan apa yang telah pimpinan tetapkan terkait perubahan organisasi.

Terhadap keluhan atas perubahan pekerjaan menyesuaikan standar JCI, pimpinan organisasi dirasa masih belum memberikan perhatiannya kepada karyawan terdampak dimaksud. Berdasarkan hasil wawancara dengan anggota tim akreditasi, kompensasi atas perubahan juga tidak diberikan merata, masih terbatas pada kelompok tertentu saja. Sedangkan pimpinan organisasi berpendapat bahwa pekerjaan pemenuhan standar JCI tidak bisa dilepaskan dari tugas harian yang dijalankan, sehingga tidak memerlukan kompensasi khusus.

5.5.4. Pembahasan terhadap Faktor *Effort*

Ketika organisasi meluncurkan usaha transformasi, seringkali organisasi tidak tahu atau tidak menyadari bagaimana harus menghadapi kenyataan, bahwa karyawan telah disibukkan dengan tanggung jawab harian mereka. Sirkin (2005, 104) mengemukakan dalam jurnalnya bahwa: “Berdasarkan *staffing tables*, orang-orang di banyak organisasi bekerja lebih dari 80 jam seminggu. Jika, telah berada di puncak tanggung jawab, manager lini dan staf harus menghadapi perubahan pada pekerjaan mereka, atau kepada sistem yang mereka gunakan, mereka akan *resist*.”

Sejalan dengan pembahasan resistensi pada faktor *commitment* pihak yang terdampak perubahan, pimpinan organisasi berpendapat bahwa pekerjaan pemenuhan standar JCI tidak bisa dilepaskan dari tugas harian yang dijalankan sehingga tidak diperlukan penghitungan beban kerja khusus bagi staf yang menjalankan perubahan. Hal ini yang kemudian memunculkan keberatan dari beberapa staf dalam mengerjakan pekerjaan harian yang terdampak perubahan, misalnya dokter penanggung jawab pelayanan yang mengeluhkan tugas pengisian rekam medisnya.

Guna kelancaran proses perubahan untuk pemenuhan standar JCI di RSUD Dr. Soetomo, akan dilakukan perubahan susunan organisasi dan tata kerja (SOTK) rumah sakit. Perubahan SOTK tersebut diarahkan guna mendistribusikan tanggung jawab dan wewenang menjadi lebih merata ke seluruh komponen organisasi. Meskipun saat ini proses perubahan SOTK masih didiskusikan dengan satuan kerja perangkat daerah terkait, namun jajaran manajemen telah berproses melalui rapat penyusunan draft tugas pokok dan fungsi serta tata kerja baru terkait

lainnya. Selain perubahan SOTK, Direksi berkomitmen untuk mengatur ulang distribusi karyawan, utamanya untuk memenuhi kebutuhan pemenuhan standar pelayanan sesuai akreditasi JCI. Namun menurut Direksi, distribusi SDM dimaksud berpotensi mengalami kendala yakni terbentur kompetensi dan kualifikasi SDM RSUD Dr. Soetomo yang *existing* saat ini, dibanding dengan kebutuhan kompetensi dan kualifikasi SDM yang dituju.

5.6. Penilaian Kesiapan RSUD Dr. Soetomo dalam Proses *Change*

Berdasarkan hasil pembahasan masing-masing faktor DICE, penilaian secara utuh kesiapan perubahan RSUD Dr. Soetomo dalam proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI dapat diringkas dalam tabel V.13 berikut.

Tabel V.13. : Kesiapan Perubahan RSUD Dr. Soetomo

No	Variabel Penilaian	Kondisi yang Diharapkan	Kondisi Riil
<i>Duration</i>			
1	Durasi <i>review</i>	Dilakukan lebih sering, yakni 6 s.d. 8 minggu.	Dilaksanakan dengan rentang waktu 3 bulan.
2	Institusionalisasi proses <i>review</i>	Proses <i>review</i> diinstitusionalisasikan dalam kebijakan organisasi.	Proses <i>review</i> telah disahkan dalam bentuk Kebijakan JCI.
3	Acuan proses <i>review</i>	Proses <i>review</i> mengacu pada <i>milestone</i> yang telah ditetapkan.	Dokumen <i>Strategic Improvement Plan</i> sebagai acuan proses <i>review</i> .
4	Perhatian pimpinan terhadap proses <i>review</i>	Pimpinan hadir dan memperhatikan dinamika dalam rapat <i>review</i> .	Direksi hadir namun anggota tim merasa langkah penyelesaian masalah masih kurang.
<i>Integrity</i>			
5	Susunan tim akreditasi	Tim perubahan disusun dari SDM terbaik	Tim akreditasi terdiri dari SDM kompeten

		organisasi. Terdapat mekanisme khusus dalam perekrutan, antara lain wawancara khusus terhadap calon anggota tim oleh pimpinan organisasi.	yang mewakili semua bidang kerja. Mekanisme perekrutan anggota tim sebatas usulan dan penunjukan dan tidak ada wawancara khusus.
6	Tata cara kerja	Dalam menjalankan tugas, tim diberikan aturan dan tata cara kerja yang jelas.	Aturan dan tata cara kerja yang telah disusun belum ditangkap anggota tim sebagai program kerja yang jelas dalam pemenuhan standar akreditasi JCI.
7	Komitmen penyelesaian tugas oleh tim	Beban kerja masing-masing anggota tim diperhatikan oleh organisasi.	Tidak ada penghitungan beban kerja, dan tidak ada evaluasi terhadap anggota tim yang tidak efektif menyelesaikan tugasnya karena kelebihan beban kerja.
8	Parameter penilaian kinerja	Penilaian kinerja bersifat individual dan spesifik terkait proyek perubahan, serta berkaitan dengan sistem insentif.	Pengukuran kinerja fokus pada kinerja tim bukan individu. Belum ada insentif khusus yang mengacu pada kinerja individu terhadap kegiatan pemenuhan standar akreditasi JCI.
<i>Commitment</i>			
9	Dukungan dari pimpinan organisasi dan pihak yang berpengaruh terhadap organisasi	Pimpinan organisasi dan Pihak yang berpengaruh terhadap proyek perubahan memberikan dukungan penuh.	Direksi, manajemen dan pihak eksternal berpengaruh memberikan dukungan terhadap jalannya kegiatan pemenuhan standar akreditasi JCI.
10	Komitmen pimpinan terhadap alokasi sumber daya	Pimpinan organisasi berkomitmen penuh dalam mengalokasikan	Dana untuk pemenuhan standar akreditasi

		SDM dan Dana untuk proyek perubahan.	dialokasikan penuh dalam anggaran rumah sakit.
11	Dukungan pihak-pihak yang terpengaruh terhadap perubahan	Karyawan yang terdampak perubahan memberikan dukungan terhadap proyek perubahan. Pimpinan organisasi memberikan perhatian terhadap karyawan tersebut.	Dukungan belum menyeluruh diberikan oleh semua staf, hanya sebagian saja dan masih berbeda-beda besar dukungannya. Belum ada perhatian yang cukup dari pimpinan organisasi kepada karyawan yang terdampak perubahan.
12	Posisi <i>middle managers</i> dalam penyelesaian masalah	Telah jelas kepada siapa penyelesaian masalah dialamatkan, kepada tim akreditasi atau kepada <i>middle managers</i> selaku pelaksana operasional.	Pimpinan rumah sakit masih belum jelas menempatkan kepada siapa penugasan penyelesaian masalah yang ditemukan dalam akreditasi.
<i>Effort</i>			
13	Beban kerja karyawan yang terdampak perubahan	Pimpinan perlu menyadari beban kerja yang ditanggung karyawan akibat perubahan tata cara kerja.	Pimpinan organisasi berpendapat tidak diperlukan penghitungan beban kerja, karena pemenuhan standar akreditasi JCI tidak bisa dilepaskan dari pekerjaan harian
14	Program manajemen stress	Terdapat program manajemen stress bagi karyawan selama melaksanakan proyek perubahan.	Tidak ada program manajemen stress.
15	Struktur organisasi	Struktur organisasi yang baru mendukung manajemen beban kerja yang lebih fleksibel.	Perubahan struktur organisasi dan tata kerja yang telah diwacanakan masih belum terealisasi.
16	Distribusi pekerjaan	Struktur kepegawaian baru yang diusulkan ditujukan untuk dalam distribusi pekerjaan	Distribusi pekerjaan menyesuaikan kebutuhan proyek perubahan terkendala

		yang lebih merata.	regulasi pemerintah.
--	--	--------------------	----------------------

Dalam melaksanakan proyek perubahan guna pemenuhan standar akreditasi JCI, RSUD Dr. Soetomo telah melakukan serangkaian proses *review* yang terjadwal. Namun mempertimbangkan proses pemenuhan standar akreditasi yang dapat dikategorikan sebagai proyek kompleks dengan jangka waktu yang panjang, jarak waktu antar *review*nya masih terlalu panjang jika merujuk pada standar yang ada. Standar menyatakan bahwa jarak ideal untuk proyek perubahan yang kompleks dan berjangka waktu panjang adalah 6 sampai dengan 8 minggu, sedangkan *review* pemenuhan standar akreditasi JCI dilakukan dengan jarak waktu 3 bulan antar *review*nya. Proses *review* yang dilakukan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI telah dibakukan dalam bentuk Kebijakan JCI, namun proses *review* terhadap seluruh proyek perubahan, tidak terbatas pada pemenuhan standar akreditasi JCI saja, belum ada kebijakannya. Proses *review* pemenuhan standar JCI juga telah dilaksanakan mengacu pada *milestone* yang telah ditetapkan berdasarkan *Strategic Improvement Plan*. *Strategic Improvement Plan* telah dipakai RSUD Dr. Soetomo untuk mengevaluasi setiap capaian pemenuhan standar dan kendala yang dihadapi dalam pencapaian dan implementasinya apabila ditemukan. Namun berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa pimpinan organisasi masih belum bisa memberikan langkah konkrit penyelesaian masalah atau kendala pencapaian yang ditemukan.

Dalam menjalankan proyek perubahan guna pemenuhan standar akreditasi JCI, belum dilakukan evaluasi SDM dan susunannya dalam tim akreditasi apabila terdapat kinerja yang kurang maksimal akibat beban kerja yang

dirasa terlalu berat. Tim akreditasi yang bertugas mengawal perubahan telah mewakili semua unsur dari organisasi yang dibutuhkan untuk mencapai pemenuhan standar JCI. Masing-masing individu dalam tim pun telah dipilih karena mempunyai kompetensi dan dinilai mampu serta mau menjalankan tugas pemenuhan standar JCI. Namun proses pemilihan tersebut belum melalui mekanisme rekrutmen tertentu oleh pimpinan organisasi secara langsung, namun hanya melalui usulan dan penunjukan saja. Tim pun telah diberikan aturan dan tata cara bekerja yang jelas dalam pemenuhan standar JCI ini. Namun pimpinan organisasi belum mengatur dengan baik bilamana tim akreditasi berkoordinasi dengan bidang/ bagian/ unit kerja terkait pemenuhan standar JCI, sehingga memicu beberapa kendala terkait perubahan alur dan tata kerja di lapangan. Telah ada penilaian kinerja atas capaian masing-masing kelompok kerja dalam tim akreditasi. Namun penilaian kinerja tersebut masih bersifat penilaian tim, bukan penilaian individu. Begitu juga insentif berbasis penilaian kinerja tersebut belum ada dalam proyek perubahan pemenuhan standar JCI ini.

Jalannya proyek perubahan dalam pemenuhan standar JCI di RSUD Dr. Soetomo telah mendapatkan dukungan dari pimpinan organisasi serta *stakeholder* dan karyawan rumah sakit. Bentuk dukungan yang diberikan utamanya dalam bentuk sumber dana. Sedangkan dukungan sumber daya manusia dalam bentuk pendistribusian ulang jumlah tenaga, pekerjaan dan jabatan masih belum dilakukan, karena terkendala peraturan pemerintah terkait yang mengatur. Dalam hal penempatan *middle managers* untuk penyelesaian masalah proyek perubahan, pimpinan organisasi RSUD Dr. Soetomo belum jelas menempatkan kepada siapa

penugasan penyelesaian masalah. Terdapat perbedaan pendapat antara Direksi, Pejabat Struktural dan Anggota Tim dalam memandang penugasan penyelesaian masalah ini. Berdasarkan hasil penelitian, dukungan staf terhadap kesuksesan proyek perubahan pemenuhan standar JCI belum menyeluruh diberikan semua staf, hanya sebagian saja dan masih berbeda-beda besar dukungannya antara kelompok jabatan satu dengan lainnya. Ditambah lagi keluhan atas perubahan pekerjaan menyesuaikan standar JCI, pimpinan organisasi dirasa masih belum memberikan perhatiannya kepada karyawan terdampak dimaksud, sehingga timbul resistensi dari beberapa pihak yang terdampak perubahan secara langsung.

Terhadap karyawan yang beban kerjanya bertambah karena proyek perubahan, pimpinan organisasi masih belum memberikan perhatian yang cukup dalam mengatasinya. Sehingga muncul keberatan dari staf dalam mengerjakan pekerjaan-pekerjaan baru yang mendukung pemenuhan standar akreditasi JCI.

Dan dalam hal manajemen beban tanggung jawab unit kerja di dalam rumah sakit, RSUD Dr. Soetomo tengah berproses untuk melakukan perubahan struktur organisasi dan tata kerjanya guna pendistribusian tanggung jawab dan wewenang atas pekerjaan menjadi lebih merata ke seluruh komponen organisasi. Sedangkan distribusi SDM nya untuk kelancaran pelaksanaan operasional rumah sakit sesuai standar JCI masih belum bisa dilaksanakan karena terkendala regulasi pemerintah.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

4.5. Kesimpulan

Dari penelitian mengenai penilaian atas faktor keras manajemen perubahan dalam pemenuhan standar akreditasi JCI yang dilakukan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, dapat disimpulkan bahwa RSUD Dr. Soetomo belum siap melaksanakan penilaian akreditasi JCI dinilai dari perhatian manajemen perubahannya yang belum memperhatikan faktor-faktor keras dalam perubahan (DICE) antara lain:

1. Proses review kurang intensitas pelaksanaannya;
2. Kurangnya solusi penyelesaian masalah oleh Direksi pada saat rapat *review* dilakukan;
3. Pemilihan anggota tim sebatas usulan dan penunjukan, tidak ada mekanisme rekrutmen khusus;
4. Aturan dan tata cara kerja pemenuhan standar akreditasi JCI belum ditangkap anggota tim sebagai program kerja yang jelas;
5. Tidak ada penghitungan beban kerja, dan tidak ada evaluasi terhadap anggota tim yang tidak efektif menyelesaikan tugasnya karena kelebihan beban kerja;
6. Tidak ada insentif dan penilaian kinerja individu dalam tugas pemenuhan standar akreditasi JCI;
7. Dukungan perubahan belum diberikan seluruh staf;

8. Penempatan penyelesaian masalah akreditasi masih belum jelas, apakah kepada *middle managers* ataukah kepada anggota tim akreditasi;
9. Tidak ada perhatian terhadap beban kerja karyawan yang terdampak perubahan;
10. Tidak ada program manajemen stress;
11. Distribusi SDM menyesuaikan kebutuhan perubahan terkendala regulasi pemerintah.

4.6. Saran

Berdasarkan kesimpulan tersebut di atas peneliti memberikan saran agar dalam melaksanakan proyek perubahan pemenuhan standar akreditasi JCI, RSUD Dr. Soetomo memperhatikan faktor keras dalam manajemen perubahan diantaranya:

1. Intensitas proses *review* disarankan ditingkatkan dari 3 bulan sekali menjadi 6 s.d. 8 minggu sekali;
2. Pimpinan organisasi disarankan dapat memberikan penyelesaian masalah yang tepat pada saat penyampaian masalah dalam proses *review* agar pelaksana perubahan mengerti secara jelas apa yang harus dilakukan untuk menindaklanjuti temuan masalah;
3. Perlu ada mekanisme rekrutmen khusus untuk anggota tim akreditasi guna menjaga objektivitas penunjukan masing-masing individu ;

4. Aturan dan tata cara kerja tim perlu diperjelas kepada anggota agar pelaksana dapat secara langsung mengetahui apa yang harus dilakukan ketika menemui kendala dalam pelaksanaan perubahan;
5. Perlu ada penghitungan beban kerja anggota tim akreditasi, baik pekerjaan harian maupun pekerjaan terkait akreditasi. Penghitungan beban kerja kemudian ditindaklanjuti dengan evaluasi pelaksanaan tugas, apakah ada anggota tim atau staf yang terlalu berat beban tugasnya;
6. Perlu ada penilaian kinerja individu dan insentif yang terkait dengan penilaian tersebut, khusus untuk kegiatan pemenuhan standar akreditasi JCI. Insentif diperlukan guna memacu tim dalam menyelesaikan tugas-tugas akreditasi dengan baik;
7. Dukungan karyawan terhadap proyek perubahan perlu ditingkatkan dengan cara meningkatkan perhatian pimpinan organisasi terhadap karyawan yang terdampak perubahan;
8. Pimpinan organisasi perlu secara jelas menempatkan kepada siapa penyelesaian masalah operasional yang ditemukan dalam proses pemenuhan standar akreditasi JCI, apakah kepada *middle managers* atau kepada anggota tim akreditasi. Kejelasan penugasan ini diperlukan agar penyelesaian masalah dapat tepat sesuai sasaran yang dituju;
9. Perlu ada perhatian khusus terhadap beban kerja karyawan yang terdampak perubahan, yang kemudian ditindaklanjuti dengan distribusi beban kerja;
10. Perlu ada program manajemen stress yang ditujukan khusus bagi anggota tim akreditasi dan staf yang terdampak langsung perubahan. Program manajemen

stress ini penting karena proyek perubahan yang berlangsung di RSUD Dr. Soetomo bersifat kompleks dan memerlukan upaya luar biasa dari seluruh pihak terkait.

11. Perlu usulan khusus kepada pemegang kebijakan untuk menyesuaikan regulasi terkait distribusi staf di RSUD Dr. Soetomo.

DAFTAR PUSTAKA

A. Sumber dari Peraturan Perundangan

Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

Undang Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit

Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Undang Undang 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 374 Tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional

B. Sumber dari Buku

Davidson, Jeff. 2009. *The Complete Ideal's Guides: Change Management*. Jakarta: Prenada Media Group.

Galpin, T. J. 1996. *The Human Side of Change: A Practical Guide to Organization Redesign*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

Hamlin, Bob, Jane Keep, and Ash Ken. 2001. *Organizational Change and Development – A Reflective Guide for Managers, Trainers and Developers*. New York: Prentice Hall.

Harrington, H. James, Daryl R. Conner, and Nicholas L. Horney. 2000. *Project Change Management: Apply Change Management to Improvement Projects*. New York: McGraw-Hill.

Kasali, Rhenald. 2007. *Change! Tak Peduli Berapa Jauh Jalan Salah yang Anda Jalani, Putar ARah Sekarang Juga (Manajemen Perubahan dan Manajemen Harapan)*. Jakarta: Gramedia.

Kreitner, R., Kinicki A. 2001. *Organizational Behaviour, 5th edn*, McGraw-Hill, Sydney

Noer, D. M. 1997. *Breaking Free: A Prescription for Personal and Organizational Change*. San Francisco: Jossey-Bass Inc.

- Potts, Rebecca and Jeanne LaMarsh. 2004. *Managing for Success*. London: Duncan Baird Publishers.
- Robbins, Stephen P. 1999. *Manajemen*. Jakarta: PT. Preshallindo.
- Robbins, Stephen P. 2003. *Perilaku Organisasi, Jilid 2*. Jakarta: PT. Indeks Kelompok Gramedia.
- Steers, M. Richard. 1985. *Efektifitas Organisasi*. Jakarta: Erlangga.
- Tschirky, H. 2011. *Managing Innovation-Driven Companies: Approaches in Practices*. New York: Palgrave Macmillan.
- Tyagi, Archana. 2000. *Organizational Behaviour*. New Delhi: Excel Books.
- Wibowo. 2006. *Manajemen Perubahan*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Winardi, J. 2008. *Perubahan Manajemen (Management of Change)*. Jakarta: Prenada Media Group.
- Yin, Robert K. 2005. *Studi Kasus, Desain dan Metode, Penerjemah Mudzakir*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

C. Sumber dari Jurnal

- Armenakis, Achilles A., Harris, Stanley G., Cole, Michael S., Fillmer, J. Lawrence and Self, Dennis R. 2007. A Top Management Team's Reactions to Organizational Transformation: The Diagnostic Benefits of Five Key Change Sentiments. *Journal of Change Management* 7(3): 273-290.
- Bakker, Arnold B., Evangelia Demerouti, and Martin C. Euwema. 2005. Job Resources Buffer the Impact of Job Demands Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*. 10(2): 170-180.
- Beer, Michael, and Nithin Nohria. 2001. Cracking The Code of Change. *HBR's 10 Must read on Change*. (3): 86-96.
- Beer, Michael, Russel A. Eisenstat, and Bert Spector. 2006. Why Change Programs Don't Produce Change. *HBR's 10 Must read on Change*. (3): 110-122.
- Cowley, B. 2007. Why Change Succeeds: An Organizational Self-Assessment. *Organizational Development Journal*. 25(1): 25-30.

- Garvin, David A., and Michael A. Roberto. 2000. Change Through Persuasion. *HBR's 10 Must read on Change*. (3): 14-23.
- Hoover, J. D. 2008. Cognitive Mapping and Diagnostic Aspects of Organizational Change. *Organizational Development Journal*. 26(1): 37-44.
- Huy, Q. 2002. Emotional Balancing of Organizational Continuity and Radical Change: The Contribution of Middle Managers. *Administrative Science Quarterly*. 47(1): 31-69.
- Kim, W. Chan, and Renée Mauborgne. 2003. Tipping Point Leadership. *HBR's 10 Must read on Change*. (3): 49-62.
- Kotter, John P. 2006. Leading Change: Why Transformation Efforts Fail. *HBR's 10 Must read on Change*. (3): 3-12.
- Leybourne, S. 2006. Managing Improvisation within Change Management: Lesson from UK Financial Services. *The Services Industries Journal*. 26(1): 73-95.
- Lunenburg, Fred C. 2010. Managing Change: The Role of the Change Agent. *International Journal of Management, Business, and Administration*. 13(1): 1-6.
- McHugh, M. 1993. Stress at Work: Do Managers Really Count The Costs?. *Employee Relations*. 15(1): 18-32.
- O'Connor, C.A. (1993), Resistance: the repercussions of change, *Leadership and Organization Development Journal*, Vol. 14 No. 6, pp. 30-60.
- Sirkin, Harold L., Keenan Perry, Jackson Alan. 2005. The Hard Side of Change Mangement. *HBR's 10 Must read on Change*. (3): 97-109.

D. Sumber dari Internet

- Coffman, Karen, and Katie Lutes. 2007. *Change Management: Getting User Buy-In*, Slide Presentation, *Management of Change 2007 Innovation*. www.actgov.org/MOC2007 diakses tanggal 16 Maret 2016.
- Nauheimer, Holger. 2007. *Change Management for One World: A Virtual Toolbook for Learning Organization in Development*. www.change-management-toolbook.com diakses tanggal 1 Februari 2016.

LAMPIRAN I
PANDUAN WAWANCARA

No	<i>Duration</i>
1	Seberapa sering (durasi) <i>review</i> atas proyek perubahan untuk pemenuhan standar JCI dilakukan di RSUD Dr. Soetomo?
2	Bagaimana bentuk institusionalisasi proses <i>review</i> atas proyek perubahan dalam kebijakan rumah sakit?
3	Apakah <i>milestones</i> telah terjadwal target pencapaiannya?
	Bagaimana pimpinan organisasi memberikan perhatian pada rapat-rapat dengan agenda <i>review</i> terhadap <i>milestones</i> ?

No	<i>Integrity</i>
1	Bagaimana susunan SDM (baik kapasitas dan kapabilitas tiap individu maupun komposisi tim penyusun) dalam tim akreditasi RSUD Dr. Soetomo?
2	Bagaimana aturan-aturan, komitmen dan akuntabilitas terhadap tugas diberikan kepada tim akreditasi?
3	Bagaimana pembebanan tugas dan komitmen yang harus diberikan anggota tim akreditasi dalam proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?
4	Bagaimana tim akreditasi mengalokasikan waktunya untuk mengerjakan proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?

No	<i>Commitment</i>
1	Bagaimana bentuk dukungan pimpinan organisasi dan pihak atau orang-orang yang berpengaruh terhadap organisasi bagi keberhasilan proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?
2	Bagaimana pimpinan organisasi menunjukkan keterlibatannya dalam proyek perubahan? Jalur informasi apa sajakah yang digunakan untuk menyampaikan keterlibatan tersebut?
3	Bagaimana alokasi sumber daya, terutama sumber dana, guna keberhasilan proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?
4	Bagaimana bentuk dukungan dari manajer dan karyawan, terutama yang bersinggungan langsung dengan proyek perubahan, terhadap proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?
5	Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap keluhan dan saran supervisor tentang masalah, terkait akreditasi, yang terjadi di lapangan?
6	Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap karyawan yang terdampak perubahan?

No	<i>Effort</i>
1	Bagaimana manajemen penyelesaian pekerjaan harian dan pekerjaan proyek perubahan, untuk pemenuhan standar akreditasi JCI, dilakukan di RSUD Dr. Soetomo?
2	Bagaimana program manajemen <i>stress</i> di RSUD Dr. Soetomo dijalankan?
3	Bagaimana distribusi pekerjaan karyawan diatur menyesuaikan dengan proyek perubahan?

LAMPIRAN II

Hasil wawancara dengan Wakil Direktur Pelayanan Medik selaku Ketua Eksekutif Akreditasi Mengenai Faktor Keras (DICE) Manajemen Perubahan

1. *Duration*

P: Seberapa sering (durasi) *review* atas proyek perubahan untuk pemenuhan standar JCI dilakukan di RSUD Dr. Soetomo?

J: Review terhadap progress kemajuannya, iya. Jadi kan tata caranya kan manajemennya JCI itu kan kita punya yang dinamakan zona marking, itu metode dimana kekurangan-kekurangan aplikasi JCI, implementasi JCI, itu kita kerjakan bareng-bareng disana, kita evaluasi bareng-bareng disana. Ada namanya tim implementasi, tim implementasi itu yang terus-menerus melakukan pantauan-pantauan, melakukan implementasi standar JCI yang dijalankan oleh case manager, oleh kawan-kawan di lapangan. Jadi nanti kalau ada temuan-temuan selama menjalankan akreditasi, menjalankan standar JCI para tim implementasi itu, lapangan namanya tracer kan, nah kalau di temukan sesuatu di lapangan diselesaikan, kalau tidak bisa diselesaikan dilakukan rapat-rapat, dilakukan koordinasi dengan sub koordinator atau pokja-pokja, sesuai dengan temuannya, terus seperti itu. Jadi secara berkala dilakukan revisi, tetapi juga sesuai dengan temuan di lapangan.

Jadi ada indikator-indikator, kalau tidak tercapai indikatornya akan dilakukan diskusi.

P: Bagaimana pimpinan organisasi mendukung institusionalisasi proses *review* atas proyek perubahan dalam kebijakan rumah sakit?

J: Ada kebijakan tentang review, namanya strategi JCI. Strategi, implementasi dan pelaksanaan JCI, jadi bagaimana menjalankan pembenahan-pembenahan itu ada. Ada prosesnya.

P: Apakah *milestones* telah terjadwal target pencapaiannya?

J: Jadi targetnya (milestone) dibagi menjadi 3 kan, pembenahan-pembenahan. Prioritas 1, 2 dan 3. 1 (satu) itu yang kira-kira bisa dikerjakan sekitar sampai bulan Juni ini. Juli, Agustus, September ini prioritas 2 (dua). September, Oktober dan November itu yang ke 3. Tapi milestone yang paling bagus, yang sudah terbukti bahwa anggaran JCI itu sudah ada. Artinya apa, JCI itu sudah teranggarkan. Artinya teranggarkan sesuai dengan kebutuhannya JCI.

P: Bagaimana pimpinan organisasi memberikan perhatian?

J: Pada prinsipnya Wakil Direktur selalu hadir. Direksi kan namanya wali (jabatan dalam struktur akreditasi).

Jadi para tracer memberikan laporan kepada pokja, kemudian pokja mengkompilasi laporan itu, kemudian dilaporkan di dalam capaian-capaian kegiatan. Apa namanya itu self audit, capaian-capaian kegiatannya itulah yang

nanti dianukan oleh para wali. Wali itu terdiri dari para Direksi. Nanti dievaluasi kenapa baru nyampek sak gini, kenapa sak gini. Itu dilakukan langsung pada saat pertemuan.

2. *Integrity*

P: Bagaimana susunan SDM (baik kapasitas dan kapabilitas tiap individu maupun komposisi penyusun tim) dalam tim akreditasi RSUD Dr. Soetomo?

J: Iya, jadi JCI merupakan kerja bareng. Karena kerja bareng makanya seluruh timnya itu adalah tim-tim ya kita semua ini. Kita semua ini, hampir semua representatif. Tim itu direpresentasikan di kita, di pegawainya, semua ada wakilnya dalam JCI. Semua sudah punya kapasitas dan kapabilitas di bidangnya.

P: Bagaimana aturan-aturan, komitmen dan akuntabilitas terhadap tugas diberikan kepada tim akreditasi?

J: Nggak ada wawancara khusus untuk rekrutmen anggota tim, key person juga. Dibentuk dulu tim inti, kemudian tim inti itu membuat job desk apa yang perlu dikerjakan, kemudian dari job desk itu mencari pioner nya, ketua-ketuanya itu yang akan mencari anggotanya. Tim inti dibentuk dari arahan Direksi.

Jelas, siapa berbuat apa. Siapa berwenang dalam implementasi apa. Termasuk komitmen dalam menjalankan. Sudah ditentukan siapa-siapa yang harus komitmen penuh.

P: Bagaimana kebijakan pimpinan organisasi tentang penilaian kinerja dan insentif khusus untuk tim akreditasi?

J: Ada insentif khusus, khususnya ada dalam bentuk honor kepanitiaan. Sebagai panitia dia juga masuk dalam remunerasi. Masuk ke dalam sistem remunerasi rumah sakit.

P: Apakah Ketua Eksekutif Akreditasi telah menyampaikan optimisme dan realisme terkait proyek perubahan dalam pemenuhan standar JCI?

J: Sudah disampaikan optimisme dan realisme tentang akreditasi. Karena kita punya plan of action, sampai bulan september, oktober itu apa yang kita kerjakan apa yang belum itu sudah kita mapping kan.

3. *Commitment*

P: Bagaimana bentuk dukungan pimpinan organisasi dan pihak atau orang-orang yang berpengaruh terhadap organisasi bagi keberhasilan proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?

J: Sebagian besar mendukung. Tapi kita juga terus memberi masukan kepada mereka. Karena ada sebagian dari mereka yang tidak mengerti. Tidak mendukungnya karena tidak mengerti urgensinya akreditasi. Kalau sudah tau pasti ikut mendukung. Semua eksekutif senior disini mendukung.

P: Bagaimana pimpinan organisasi menunjukkan keterlibatannya dalam proyek perubahan? Jalur informasi apa sajakah yang digunakan untuk menyampaikan keterlibatan tersebut?

J: Semua jalur informasi baik formal juga informal, rapat-rapat khusus, rapat akreditasi. Ada penyampaian-penyampaian, apel pagi misalnya, kita kan ada kuis-kuis.

P: Bagaimana Direksi menempatkan pejabat struktural dan pejabat fungsional dalam menghadapi masalah-masalah operasional?

J: Tim lebih banyak berperan, pejabat juga dilibatkan kalau memang diperlukan. Dalam hal diperlukan ya pejabat itu dilibatkan.

P: Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap keluhan dan saran supervisor tentang masalah, terkait akreditasi, yang terjadi di lapangan?

J: Ya mereka kan wali, yang membina dan mengawasi. Membina mengawasi, sehingga karena mengawasi, ya mereka harus tahu perkembangannya.

P: Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap karyawan yang terdampak perubahan?

J: Sebenarnya akreditasi itu include di dalam pekerjaannya mereka. Jadi ya sudah kalau bekerja sesuai standar ya itu namanya aplikasi terhadap akreditasi itu. Akreditasi itu kan bukan pekerjaan tersendiri. Kegiatan rumah sakit itu pekerjaan akreditasi, ya sebenarnya itu pekerjaan mereka juga.

4. *Effort*

P: Bagaimana manajemen penyelesaian pekerjaan harian dan pekerjaan proyek perubahan dilakukan di RSUD Dr. Soetomo?

J: Ya kita kan ada namanya job description. Kita pilih-pilih pekerjaannya apa, orang itu mampu nggak mengerjakannya. Memang satu dua orang itu ya ndak sama ya, sesuai dengan kemampuan dia. Kita pilih karena dia mampu mengatur waktunya, mengatur pekerjaannya. Waktu pemilihan sudah dilihat kemampuannya seperti apa. Kemudian standarnya apa yang harus dia kerjakan itu ada.

P: Bagaimana program manajemen stress di RSUD Dr. Soetomo dijalankan?

J: Tidak ada program khusus tentang manajemen stress. Sebetulnya karena ini kerja bareng, kalau ada orang yang merasa berat ya harus di share ke tim nya, dia kan tim toh. Jadi sebenarnya tidak ada yang pekerjaannya terlalu berat. Ini satu tim pekerjaan bareng-bareng.

P: Bagaimana SOTK RSUD Dr. Soetomo saat ini ditinjau dari kebutuhan perubahan? Apakah telah terdapat perubahan SOTK? Bagaimana efektifitas perubahan SOTK tersebut dalam mendukung manajemen beban kerja karyawan?

J: Ya. Sekarang ini memang perlu diadakan perubahan SOTK. SOTK yang lama itu belum mengakomodasi rumah sakit rujukan nasional. Belum mengkomodir kepentingan JCI, jadi banyak yang tumpang tindih, banyak yang bebannya terlalu besar, makanya kita nanti perlu melakukan perubahan SOTK. Dalam upaya rumah sakit berjalan sesuai akreditasi.

P: Bagaimana distribusi pekerjaan karyawan diatur menyesuaikan dengan proyek perubahan?

J: Oh iya, makanya dengan SOTK baru, dengan tata kerja baru dengan sendirinya ada review-review dari tugas itu.

P: Apakah organisasi mendukung pengembangan karyawan untuk memiliki keahlian lintas bidang atau manajemen? Bagaimana bentuk pengembangan dimaksud?

J: Ya jadi, sebetulnya yang disebut dengan pimpinan rumah sakit sesuai akreditasi itu kan GLD (Governance Leadership dan Directing) ya. GLD itu kan terdiri dari level-level, level satu owner, level dua Direksi, level tiga itu kawan-kawan pejabat struktural, level empat itu fungsional. Jadi sebenarnya itu suatu pelajaran yang diperoleh dari JCI ini bahwa kepemimpinan rumah sakit ini adalah kolektif kolegial. Sehingga yang disebut dengan pimpinan itu apa ya kolektivitas itu sesuai dengan juknisnya. GLD 1 kan ownernya, tugasnya megawasi mengarahkan. Kemudian yang kedua eksekutif, eksekutif itu kan terdiri dari para Direksi. Direksi-Direksi ini utamanya menjalankan. Dalam menjalankan itu kana da Plan-Do-Check-Action. Action nya yang lebih banyak. Disamping itu ada PDA nya. Do ya lebih banyak tetapi mereka juga melakukan evaluasi untuk menyusun plan. Jadi perencanaan rumah sakit itu bisa dari level 1, level 2, level 3, level 4. Jadi itu tidak bisa kegiatan itu dari atas saja dari bawah saja, harus keseluruhan. Seperti cakram piringan itu. Jadi kalau satu saja berhenti, L1, L2, L3, L4 itu berhenti maka ndak isa itu. Pasti rusak itu. Satu dengan yang lain mesti harus berjalan itu. Semua harus gerak bareng-bareng.

LAMPIRAN III

Hasil wawancara dengan Wakil Direktur Pendidikan dan Penelitian Mengenai Faktor Keras (DICE) Manajemen Perubahan

1. *Duration*

P: Seberapa sering (durasi) review atas proyek perubahan untuk pemenuhan standar JCI dilakukan di RSUD Dr. Soetomo?

J: Ya pasti. Pasti. Memang beberapa saat yang lalu kita ketemu tiap minggu. Dr. Joni sebagai Ketua Eksekutif Akreditasi melaporkan kepada Direksi progressnya, progress report tiap minggu. Nah kemudian sekarang kita sudah menemukan formulanya ada beberapa perbaikan yang perlu dilakukan. Yang pertama perbaikan sarana fisik, sarana prasarana, gedung dan lain sebagainya. Kemudian sudah. Kemudian kedua peralatan medis dan lain-lain. Nah yang paling sulit sebenarnya yang ketiga yakni perubahan pada perilaku-perilaku. Perilaku pelaku pelayanan. Jadi itu yang kita kerjakan sekarang, nah sekarang perubahan perilaku ini kita lakukan dengan pelatihan-pelatihan. Mmm... tentunya juga pelatihan tidak menyelesaikan masalah, yang dilihat adalah implementasinya. Yang sekarang sedang kita kerjakan adalah survey pada rekam medik. Rekam medik sudah disurvey untuk dilihat kepatuhannya. Sebetulnya rekam medik ini suatu dokumen yang penting dan ini sebenarnya merupakan tools yang baik sekali untuk melakukan survey. Akreditasi fokusnya selalu ke rekam medik. Kalau rekam mediknya bagus, diharapkan semuanya bagus. Nah sementara survey rekam medik di satu bulan ini sementara trial di 4 SMF dan beberapa unit yang terkait, kemudian selanjutnya akan dilakukan sampai mock survey bulan Oktober (2016).

P: Bagaimana pimpinan organisasi mendukung institusionalisasi proses review atas proyek perubahan dalam kebijakan rumah sakit?

J: Ya, jadi begini. Itulah kelemahan di RS Dr. Soetomo, kelemahan kita adalah pertama yang sekarang sedang akan dilakukan telaah dan review adalah RSB (Rencana Strategi Bisnis) kita. Rencana Strategi Bisnis kita itu kemaren lebih berbentuk Renstra (Rencana Strategis). Jadi gini, ada perbedaan yang sangat mendasar antara, menurut saya loh ya, Renstra dan RSB. Renstra itu lebih ke arah mimpi-mimpi yang kadang-kadang susah untuk dilaksanakan, diukur keberhasilannya. Sedangkan RSB namanya Rencana Strategi Bisnis. Namanya rumah sakit Dr. Soetomo sudah BLUD (Badan Layanan Umum Daerah), maka harus membuat RSB. Nah kalau rencana strategi bisnis itu jelas sekali targetnya apa, dicapai kapan, duit e piro, itu. Jelas sekali. Nah yang kita kerjakan kemaren lebih ke arah Renstra (Rencana Strategis). Sekarang ini sedang dilakukan review kemudian akan dilakukan revisi, sehingga kita nanti akan mempunyai RSB yang jelas. Itu yang pertama, artinya apa, kita secara belum mempunyai dokumen yang secara jelas menggambarkan kita mau kemana, itu. Apa target kita dan seterusnya, belum jelas, satu. Kemudian akreditasi ini membuka mata kita, membuka wawasan kita bahwa bagaimana

seharusnya rumah sakit itu dikelola. JCI luar biasa, KARS (Akreditasi oleh Kemenkes RI) memang mengadopsi dari JCI tetapi dari sisi apa namanya, menurut saya dari sisi perumahan sakitan JCI jauh lebih bagus daripada KARS. Mungkin ya karena tergantung surveyor, dan lain sebagainya. Jadi JCI ini membuka wawasan kita bagaimana kita harus melakukan pendidikan-pendidikan tenaga medis. Sebagai rumah sakit pendidikan juga kita harus ikut AMC (Academic Medical Center), ada juga HRP, Human Research Project, bagaimana cara kita melakukan penelitian-penelitian yang terkait dengan objek subjek manusia sebagai, manusia sebagai objeknya. Jadi memang luar biasa, artinya bahwa satu kita belum tertata, dokumennya belum bagus, kedua, ketiga pertemuan-pertemuan itu sementara kita mengacu pada, apa namanya terkait dengan JCI. Sementara yang lain, sementara kita tinggalkan dulu, karena, jadi begini karena benang merahnya ada di JCI. Apapun yang kita kerjakan itu harus terkait dengan JCI, karena kalau ndak akan menjadi pemborosan nanti. JCI itu mahal, jadi semua kegiatan kita itu fokusnya pada JCI, jadi perbaikan gedung sarana-prasarana dan lain sebagainya, sementara itu. Jadi yang terdokumentasi adakah JCI ini, jadi yang lain sementara belum. Terdokumentasikan sehingga ya memang belum ada dokumentasinya. Kemudian yang kedua itu adalah kita mereview lagi master plan. Karena ada perencanaan pembangunan besar-besaran di Soetomo, kita mereview master plan. Karena apa, master plan yang ada di rumah sakit Dr. Soetomo yang sudah ada sejak tahun 2004 itu waktu ada pembangunan gedung di Soetomo itu tidak pernah dilihat. Sehingga gedunge gak karu-karuan. Mestinya ada yang buat lahan hijau, dipasang gedung dan lain sebagainya, ya artinya kita tidak melihat dokumen yang sudah kita buat sendiri. Oleh karena itu akan direview lagi sehingga semoga pembangunan gedung ke depan itu lebih terarah dan tidak mengurangi kawasan hijau di rumah sakit.

P: Apakah *milestones* telah terjadwal target pencapaiannya?

J: Tentu, berdasarkan skala prioritas yang sudah kami sepakati bersama dalam rapat.

P: Bagaimana pimpinan organisasi memberikan perhatian?

J: JCI itu sebagai tools, alat kita untuk menjadi rumah sakit lebih baik. Yang disampaikan pak Direktur adalah “saya tidak penting JCI itu lulus atau tidak lulus. Yang penting adalah perubahan sikap kita, perubahan perilaku, perubahan ini yang menuju ke arah lebih baik”. Itu yang penting. Alat ukurnya apa, alat ukurnya JCI.

2. Integrity

P: Bagaimana susunan SDM (baik kapasitas dan kapabilitas tiap individu maupun komposisi penyusun tim) dalam tim akreditasi RSUD Dr. Soetomo?

J: Jadi tim akreditasi ini adalah revisi yang kesekian kali, kita tahu bahwa, jadi rumah sakit ini sebagian besar, jadi rumah sakit ini kan unik. Rumah sakit ini unik sekali, unik itu, organisasi yang padat karya, padat teknologi. Padat

knowledge juga, macem-macem. Nah sehingga pendekatannya juga macem-macem. Nah terkait akreditasi, JCI terutama. Pada awal kita mengakomodasi semua, sarana kemampuan SDM yang ada. Ternyata dalam perjalanannya ini tidak jalan pak. Bukan tidak jalan dalam arti apa, karena terlalu gemuk, ininya, organisasinya ini, maka siapa mengerjakan apa itu tidak jelas. Setelah dilakukan revisi-revisi, sekarang sudah, insya Allah revisi yang terakhir sudah ideal.

P: Bagaimana aturan-aturan, komitmen dan akuntabilitas terhadap tugas diberikan kepada tim akreditasi?

J: Kami manajemen lebih banyak mensupport saja. Kenapa mensupport karena nanti apa sasaran survey itu bukan di manajemen tapi di fungsional, di unit-unit layanan. Jadi kami ini sekarang fungsinya adalah mensupport bagaimana supaya unit-unit layanan ini terberdayakan. Baik dari sisi sarana-prasarana maupun SDM. Itu yang kita kerjakan sekarang, karena nanti yang disurvei bukan saya pasti.

3. *Commitment*

P: Bagaimana bentuk dukungan pimpinan organisasi dan pihak atau orang-orang yang berpengaruh terhadap organisasi bagi keberhasilan proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?

J: Prinsip mendukung. Prinsip mendukung mereka, dan pak Gubernur juga sudah menyatakan bahwa pak Gubernur sangat mendukung kegiatan ini sebagai ikon Jawa Timur. Soetomo kan ikon Jawa Timur. Jadi beliau sangat-sangat concern dengan Soetomo sebagai ikon Jawa Timur bersertifikasi internasional, beliau sangat concern. Dan dari sisi pendanaan beliau juga sangat concern, terbukti ada revisi anggaran, pengalihan anggaran dan anggaran cukup besar untuk JCI dan itu disetujui. Bahwa penggunaan anggaran untuk kegiatan ini itu disetujui.

Jadi sebetulnya begini, rumah sakit Dr. Soetomo ini independen. Independen itu justru sekarang kalau dekan fakultas kedokteran menitipkan orang untuk belajar disini, dia harus ikut aturan soetomo. Jadi nggak dibalik, jadi mindsetnya adalah rumah sakit Dr. Soetomo itu independen. Gampangannya jika fakultas kedokteran itu tidak memakai kita sebagai tempat pendidikan pun kita harus tetap survive. Oleh karena itu kita membuat aturan-aturan main, dan nanti di AMC jelas. Di AMC nya sudah jelas aturan main, dan kita sekarang dengan PP 93 Tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan. Itu tugas dan fungsi rumah sakit pendidikan itu sangat berat, sangat berat, benar-benar berat. Rumah sakit pendidikan itu tidak hanya harus bertanggung jawab pada pendidikan tetapi juga pelayanan dan penelitian. Oleh sebab itu disitu ada Komkordik, dulu namanya Bakordik. Bakordik itu lembaga yang tidak jelas kedudukannya, badan itu nggak ada di struktur organisasi, nggak ada. Nah sekarang namanya komite. Bakordik dulu bertanggung jawab kepada Direktur dan Kepala Institusi Pendidikan. Tapi yang sekarang Komite, Komkordik, Komite Koordinasi Pendidikan bertanggung jawab kepada Direktur, artinya apa lembaga ini adalah milik rumah sakit Dr. Soetomo. sementara stakeholder

lain yang mau memakai rumah sakit Dr. Soetomo sebagai wahana pendidikannya itu harus mengikuti aturan main yang ada di rumah sakit Dr. Soetomo.

P: Bagaimana Direksi menempatkan pejabat struktural dan pejabat fungsional dalam menghadapi masalah-masalah operasional?

J: Jadi begini, penanggung jawab akreditasi ini adalah Direktur. Jadi, penanggung jawab akreditasi adalah Direktur. Artinya apa, artinya semua orang mendapatkan pendelegasian wewenang dari Direktur. Nah yang biasanya kami lakukan itu begini, apabila bisa diselesaikan oleh unit terkait yang bertanggung jawab, maka selesai. Jika tidak bisa diselesaikan maka akan dinaikkan ke jajaran Direksi. Jadi pengambil kebijakan terakhir adalah Direksi. Jadi support sumber daya yang ada, baik dari sisi prasarana, keuangan maupun SDM. Jadi prinsipnya adalah bahwa, kembali adalah bahwa kami ini dari sisi Direksi mensupport kegiatan-kegiatan yang ada di lapangan. Nah bagaimana mensupportnya tentunya kami mendapatkan laporan dari sana, termasuk dari temuan-temuan yang ada. Dari sejak beberapa waktu yang lalu kita sudah langsung telusur di unit-unit layanan untuk menemukan apa-apa yang perlu diperbaiki. Baik dari sisi sarana prasarana, gedung maupun SDM. Nah itu yang dibuat sebagai, apa namanya, landasan kebijakan oleh Direksi menentukan mau dikemanakan, termasuk kebijakan untuk perubahan anggaran dsb dsb. Itu kebijakan yang tidak mudah tapi harus diambil, ya untuk mensukseskan akreditasi ini.

4. Effort

P: Bagaimana manajemen penyelesaian pekerjaan harian dan pekerjaan proyek perubahan dilakukan di RSUD Dr. Soetomo?

J: Kita akan desk dengan biro organisasi segera, mudah-mudahan Agustus nanti sudah ada perubahan SOTK. Ada beberapa perubahan sebagai contoh, Diklit nanti akan ditambahkan dengan Kepegawaian, Pendidikan, Penelitian dan Kepegawaian, gitu jadi itu masuk. Jadi ada beberapa perubahan yang terkait dengan SOTK dan perubahan tersebut diharapkan akan mensupport semua kegiatan. Jadi prinsip begini, balik lagi manajemen itu mensupport kegiatan pelayanan. Itu prinsipnya, jadi bagaimana supaya pelayanan berjalan dengan baik. Itu tugas kami untuk mensupportnya. Gak mungkin misalnya, lift rusak, mereka nggak akan bisa perbaiki. Perbaikan itu ada di sisi kami, karena anggaran itu ada di kami. Oleh sebab itu, tugas dari manajemen ini adalah mensupport kegiatan-kegiatan yang ada di unit layanan. Karena bisnis kita ada layanan, pelayanan dan pendidikan, otomatis, bisnis kita ada di situ.

P: Bagaimana distribusi pekerjaan karyawan diatur menyesuaikan dengan proyek perubahan?

J: Rasanya begitu, kita sudah mulai menghitung. Jadi begini sebagai contoh saat ini, existing, jadi saat ini kebutuhan perawat itu kurang 1200 orang. Ya, jumlah ini masih bisa lah disubstitusikan, tapi jumlah ini masih kurang lah. Nah akibatnya apa kalau perawat kurang, beban kerjanya lebih tinggi, lebih

berat dan lebih ini. Kalau beban kerjanya lebih tinggi apa dampaknya? Ya terus terang aja dia tidak bisa memberikan pelayanan yang baik. Ya mungkin dalam arti, kalau dari sisi hard skillnya, nyuntiknya, ngasih obatnya itu mungkin masih oke, tetapi soft skill senyum menyapa itu yang kurang. Kenapa, karena dia bebannya terlalu berat. Ini yang dari sisi perawat, sementara di sisi lain ada pegawai BLUD kita sudah 1600 orang. 1600 orang itu kalau ditambah lagi, maka beban rumah sakit akan bertambah lagi. Oleh sebab itu pastilah, apa namanya, tadi kita baru diskusikan, mungkin akan ada rasionalisasi jumlah tenaga di administrasi, supaya administrasi kita kurangi, kita ganti dengan perawat. Itu yang sekarang kita kerjakan, kenapa, karena uang kita terbatas. Uang kita terbatas sementara tenaga BLUD kita 1600, tapi sebagian besar ada di administrasi. Sementara perawat ini kurangnya banyak. Sehingga distribusi pekerjaan juga akan berubah, otomatis itu. Hanya memang masalahnya adalah, kendalanya pada bagaimana aturannya untuk melakukan rasionalisasi. Ya pasti kan kan agak susah, mesti kan BLUD itu kan kontrak, jadi kalau tidak diperpanjang pun sebenarnya tidak apa-apa. Dari sisi kemanusiaan mungkin kasihan juga.

Mungkin, Cuma kan begini pak. Kadang-kadang repotnya begini, orang kan masuk, karyawan kan masuk dengan ijazah S1, mosok tak dadekno transporter pak, kan sakno, kan gitu. Hal-hal yang seperti ini yang, masuk dengan ijazah S1 ternyata kinerjanya juga tidak maksimal sesuai dengan ijazahnya. Tapi mosok S1 ya transporter, kan begitu. Transporter ini mungkin dari sisi knowledge tidak terlalu tinggi tapi perlu rajin gitu aja, apa perlu S1 gitu. Mestinya SMA aja cukup. Nah hal-hal seperti ini yang masih dalam pembicaraan kita, bagaimana supaya memenuhi, kita kan tidak pernah terpikirkan dulu, terus terang saja tidak pernah terpikirkan. Tapi dengan semakin banyaknya unit-unit layanan makin besarnya rumah sakit, makin padatnya rumah sakit tenaga itu ada, dan juga tuntutan masyarakat tentunya ya.

LAMPIRAN IV

Hasil wawancara dengan Staf Bidang Pelayanan Medik selaku Sekretariat Dokumen Tim Akreditasi Mengenai Faktor Keras (DICE) Manajemen Perubahan

1. *Duration*

P: Seberapa sering (durasi) *review* atas proyek perubahan untuk pemenuhan standar JCI dilakukan di RSUD Dr. Soetomo?

J: *Review* hanya sekali saja, karena rumah sakit yang akreditasi merupakan amanat Undang Undang Nomor 66 Tahun 2014, mau tidak mau perubahan paradigma perlu dilakukan.

Terhadap *review* pemenuhan standar akreditasi JCI tersebut sudah kita bikin *timeline*, jadi jelas ketika fasenya kita sudah harus siapkan regulasi (JCI) maka harus segera dipenuhi oleh Pokja-pokja (Kelompok Kerja dalam Tim Akreditasi). Jadi berdasarkan *timeline* tersebut ya harus dipenuhi oleh Pokja-pokja.

P: Bagaimana pimpinan organisasi mendukung institusionalisasi proses *review* atas proyek perubahan dalam kebijakan rumah sakit?

J: Proses *review* pasti berubah. Apabila dalam perjalanan *review* ternyata ada kelemahan, maka akan dibuat perubahan. Misalnya dulu masing-masing Pokja disertai untuk membuat *review* sendiri-sendiri. Namun ternyata dalam perjalanannya hal tersebut ada kelemahan, karena ada Pokja yang berjalan dan ada Pokja yang tidak berjalan. Nah Pokja yang tidak berjalan itu kemudian kita lakukan *assisting* atau mentoring, itu kan suatu bentuk perubahan.

Belum ada proses *review* yang dibakukan, misalnya setiap periode tertentu kita harus *review*, itu nggak ada. Karena pendekatan kita itu *learning by doing*, jadi apabila dirasa dalam sekian waktu tidak ada perubahan ya kita akan merubah proses yang sudah dilakukan itu.

P: Apakah *milestones* telah terjadwal target pencapaiannya?

J: Kira-kira setelah *initial assessment* kemaren kan kita mau *mock survey*, *mock survey* itu sekitar bulan Oktober pertengahan. Berdasarkan *mock survey* itu kita lihat temuannya seperti apa nanti pasti berubah lagi (metode *review*). *Mock survey* akan dilakukan bulan pertengahan Oktober 2016. *Initial survey* akan bergantung pada hasil *mock survey*. Ketika *mock survey* berjalan baik maka *initial survey* bisa dilakukan pada tahun depan. Apabila temuan *mock survey* masih banyak maka tidak bisa kita ikut *initial survey* di tahun depan, terpaksa kita harus ikut standar akreditasi yang versi 6, yang notabene itu standar yang lebih baru dari yang sudah kita jalani dalam persiapan sekarang ini.

Target-target ada atas masukan konsultan JCI, karena ketika *initial assessment* kemaren itu kan lebih kepada pembimbingan. Dia (konsultan JCI) melakukan *assessment*, yang menghasilkan SIP, SIP itu *Strategic Improvement Plan*. Dari

Strategic Improvement Plan itu, rumah sakit yang mendefinisikan. Konsultan JCI menyiapkan *template* apa saja yang harus diisi. Kita harus apa dalam jangka waktu sampai kapan, misalnya dokumen. Ada fase sosialisasi dan implementasi, tapi waktunya itu Direktur atau Ketua Eksekutif yang menentukan, atas masukan juga dari Pokja-pokja. Misalnya dokumen ditarget triwulan pertama harus selesai, dst berdasarkan prioritas.

P: Bagaimana pimpinan organisasi memberikan perhatian?

J: Saya rasa perhatian Direksi terhadap rapat-rapat itu masih kurang. Seharusnya masih bisa lebih dari yang kemaren, harusnya dari Direksi sudah membagi diri sesuai wilayahnya bersama-sama Pokja sesuai permasalahannya, tapi saya rasa masih kurang.

Iya bisa dikatakan seperti itu, karena dari tingkat kehadiran saja ada Direksi yang cukup hadir lumayan. Namun langkah konkrit penyelesaian masih kurang dalam rapat.

Yang kita rasakan disini, kelemahannya adalah *decision making* (dari Direksi), jadi *mid level* ke bawah bingung mau kemana, itu yang dirasakan.

2. Integrity

P: Bagaimana susunan SDM (baik kapasitas dan kapabilitas tiap individu maupun komposisi penyusun tim) dalam tim akreditasi RSUD Dr. Soetomo?

J: Komposisinya sebetulnya, karena kita sudah sepakat memakai sistem pokja ya, desain awalnya cukup mewakili. Jadi ketika pokja itu fokus pada hal tertentu, maka SDM yang dipilih disesuaikan dengan hal tersebut. Cuma itu tadi, harusnya dari susunan itu harus ada *review*. Dalam arti, bisa jadi orang tersebut kompeten atau mampu tapi ada kendala berupa waktu. Jadi harusnya hal tersebut diakomodasi. Nah itu yang saya rasa masih kurang, orangnya tidak direview, dan tetap dipertahankan. Atau ada orang yang terang-terangan menyatakan bahwa dia tidak bisa tapi masih masuk dalam pokja.

P: Bagaimana aturan-aturan, komitmen dan akuntabilitas terhadap tugas diberikan kepada tim akreditasi?

J: Mekanisme pemilihan tim dari Ketua yang menentukan. Ketua hanya menentukan *key person* nya. Misalnya Ketua dan Sekretaris, nah di bawah level itu dalam koordinator atau sub koordinator, masing-masing koordinator yang memilih sendiri anggotanya.

Tidak ada wawancara khusus dari Direksi atau Ketua Eksekutif Akreditasi terhadap koordinator atau sekretaris yang akan dipilih.

Dalam menyusun tim tadi, pertama harus disahkan oleh Direktur akan bisa jalan. Nah disana dilengkapi dengan tupoksi-tupoksi. Dari tupoksi itu kan kadang kita menterjemahkannya agak susah. Jadi dari Ketua tim (Ketua Eksekutif Akreditasi) itu presentasi memberikan alur kerja, disitu termasuk aturan main dari tim itu, termasuk di dalamnya Pokja-pokja.

P: Bagaimana kebijakan pimpinan organisasi tentang penilaian kinerja dan insentif khusus untuk tim akreditasi?

J: Pengalokasian waktu khusus itu tidak ada. Mungkin orangnya ini ketika dia sudah tidak mampu, tetapi dia tidak tertangkap oleh tim akreditasi. Meskipun orangnya sudah nggak mampu, tetapi masih tetap dalam tim.

P: Apakah Ketua Eksekutif Akreditasi telah menyampaikan optimisme dan realisme terkait proyek perubahan dalam pemenuhan standar JCI?

J: Penilaian kerjanya itu sebenarnya ada, misalnya pokja itu, berapa persen dari *progress* yang disusun, itu ada datanya. Seberapa aktif pokja itu, itu juga ada datanya. Kembali lagi data itu tidak dipakai untuk melakukan evaluasi, itu yang terkait penilaian kinerja pokja.

Kalau yang insentif itu ada, tapi mungkin hanya satu tahun sekali dan jumlahnya tidak banyak. Mungkin itu lebih kepada penekanannya di awal bahwa insentif ada tapi kecil karena lebih kepada kerja gotong royong, bukan fokus pada penilaian kinerja untuk insentif.

3. *Commitment*

P: Bagaimana bentuk dukungan pimpinan organisasi dan pihak atau orang-orang yang berpengaruh terhadap organisasi bagi keberhasilan proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?

J: Yang saya tangkap saat ini, utamanya dalam hal pendanaan. Direksi mengalokasikan dana dalam bentuk DPA, upaya dalam bentuk efisiensi dalam hal lain, dan mengarahkannya pada kegiatan akreditasi. Jadi Direksi tidak main-main dalam mengalokasikan dana untuk akreditasi, terutama untuk perubahan yang fisik. Saya lihat dukungan utama dalam bentuk pendanaan.

Pemerintah Jawa Timur juga ikut dalam, hadir dalam *kick off* JCI, dengan memberikan semangat. Itu kan termasuk dukungan yang besar pula. Dekan Fakultas Kedokteran menyampaikan dukungannya secara langsung pada akreditasi rumah sakit dalam rapat paripurna. Mereka mendukung penuh akreditasi ini. Dan juga sempat tanda tangan pakta integritas, nah itu kan sebetulnya kan sudah berkomitmen untuk menyelesaikan akreditasi ini.

P: Bagaimana pimpinan organisasi menunjukkan keterlibatannya dalam proyek perubahan? Jalur informasi apa sajakah yang digunakan untuk menyampaikan keterlibatan tersebut?

J: Yang paling sering melalui rapat koordinasi dan rapat besar, Direksi menunjukkan keterlibatannya. Selain dalam rapat, penyampaian akreditasi juga melalui media SMS *Gateway*, dan media-media poster di rumah sakit kita, yang intinya itu kita akan ada akreditasi, yang isinya himbauan dan ajakan untuk mensukseskan akreditasi. Inisiatif penyampaian tersebut lebih banyak dari Ketua Tim dan anggota.

P: Bagaimana alokasi sumber daya, terutama sumber dana, guna keberhasilan proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?

J: Pengalokasian sumber daya, kalau untuk dana memang akreditasi butuh dana yang sangat besar dan tidak main-main. Oleh karena itu penganggarnya tidak akan cukup pada satu tahun anggaran saja. Namun akan dialokasikan pada anggaran tahun depan juga. Dan itu pun kan surveyor datang, yang penting kita sudah merencanakan, ada prosesnya bahwa rumah sakit telah merencanakan sesuai standar (JCI) yang diminta. Untuk pengalokasian SDM memang kita mengalami kendala, karena sebagai BLUD kita memang bisa merekrut sendiri karyawan, namun terbatas juga. Peraturan BLUD tentang rekrutmen tersebut kan ada di Pergub ya, tapi ya itu terbatas, padahal kita butuh banyak tenaga medis, sedangkan yang akan pensiun juga banyak. Tenaga yang keluar dan masuk memang agak kurang berimbang.

P: Bagaimana Direksi menempatkan pejabat struktural dan pejabat fungsional dalam menghadapi masalah-masalah operasional?

J: Yang terdampak kan memang banyak sekali, dan ada banyak klasifikasi, contohnya perawat. Misalnya perawat, perawat dalam hal ini kelompok yang cukup antusias terhadap perubahan dalam akreditasi dan paling mudah ketika ada hal-hal baru disosialisasikan, mereka (perawat) segera menangkap materi tersebut. Tenaga-tenaga lainnya juga begitu namun cenderung lebih sedikit (daya tangkapnya terhadap standar) bila dibandingkan dengan perawat. Yang paling *excited* terhadap perubahan ini, yang saya lihat dari kelompok perawat. Terus yang paling, tenaga yang lain, misalnya administrasi, sebenarnya JCI ini kan standarnya lebih ke *patient centered*, jadi mereka lebih banyak ini kurang terlibat, karena merasa bukan pekerjaannya. Termasuk juga pejabat struktural di atasnya. Oleh karena itu perlu ada arahan dari Direksi bahwa ini adalah kerja bersama. Memang ini *patient centered*, namun bagaimana yang tidak langsung berkaitan dengan patient bisa mendukung jalannya itu tadi, misalkan saya ambil contoh Bagian Kepegawaian. Bagian Kepegawaian harusnya menghitung berapa tenaga yang keluar dan masuk dari rumah sakit. Di satu sisi kan kita terlalu banyak tenaga administrasi. Nah dari Bagian Kepegawaian bisa dari banyak tenaga administrasi tadi di *mapping*, mana yang terlalu banyak tenaganya bisa diperbantukan untuk pelayanan, misalkan menjadi *transporter* pasien, atau misalnya untuk *transporter* darah. Dan banyak hal-hal lain yang sampai dengan saat ini masih dilakukan oleh keluarga pasien. Nah itu tidak boleh sebetulnya.

P: Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap keluhan dan saran supervisor tentang masalah, terkait akreditasi, yang terjadi di lapangan?

J: Keluhan itu memang tetap ada, perhatian, Direksi tahu tentang keluhan, tapi masih belum ada tindakan nyata. Misalkan yang paling banyak mengeluh itu yang saya tahu, karena kurangnya sosialisasi, akreditasi tidak terdengar sampai ke akar rumput. Nah itu sebenarnya kan bentuk keluhan juga. Belum ada tindakan nyata, bagaimana caranya ada tindakan nyata bagaimana menyelesaikan keluhan tersebut.

P: Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap karyawan yang terdampak perubahan?

J: Belum ada kompensasi terhadap yang terdampak perubahan, misalkan ini membutuhkan *key person* tadi diberikan insentif khusus, mungkin ada sedikit tapi tidak dilakukan dengan perencanaan yang baik. Misalkan case manager itu lahir dari istilah akreditasi, mereka (*case manager*) diberikan honor tim, nah mungkin itu bentuk kompensasi juga. Namun tenaga lain juga tidak ada kompensasiya, jadi tidak merata.

4. Effort

P: Bagaimana manajemen penyelesaian pekerjaan harian dan pekerjaan proyek perubahan dilakukan di RSUD Dr. Soetomo?

J: Tidak ada manajemen penyelesaiannya pekerjaan, kembali ke individu masing-masing, apakah dia mampu. Jadi dia harus memilih untuk fokus pada akreditasi atau pada pekerjaan hariannya. Misalkan ada satu anggota akreditasi sedang melakukan studi, dia lebih fokus pada studinya dan akhirnya pekerjaan akreditasinya kurang maksimal. Namun orang tersebut ya masih menjadi anggota akreditasi. Akhirnya tidak terlibat sama sekali. Namun ada juga individu yang berkomitmen, meskipun pekerjaannya banyak, dia secara pribadi menambah waktu kerja untuk menyelesaikan pekerjaan akreditasi tersebut, jadi berjalan semuanya, baik yang akreditasi maupun yang non akreditasi, akhirnya ya tapi aada juga yang jadi kurang maksimal.

P: Bagaimana program manajemen stress di RSUD Dr. Soetomo dijalankan?

J: Program manajemen *stress* secara khusus dari akreditasi tidak ada, kembali ke individu masing-masing.

P: Bagaimana distribusi pekerjaan karyawan diatur menyesuaikan dengan proyek perubahan?

J: Belum ada wacana untuk distribusi pekerjaan karyawan diatur menyesuaikan dengan proyek perubahan tersebut.

LAMPIRAN V

Hasil wawancara dengan Kepala Bidang Perbekalan dan Peralatan Medik selaku Anggota Tim Akreditasi Mengenai Faktor Keras (DICE) Manajemen Perubahan

1. *Integrity*

P: Bagaimana susunan SDM (baik kapasitas dan kapabilitas tiap individu maupun komposisi penyusun tim) dalam tim akreditasi RSUD Dr. Soetomo?

J: Kalau menurut saya, susunan personalnya yang ada di tim akreditasi sudah bagus, sudah punya kompetensi masing-masing. Integritasnya juga sudah diakui, ketika mereka dipilih untuk menduduki di posisi JCI. Hanya masalahnya yang perlu dipikirkan dokumen-dokumen yang ada di akreditasi adalah dokumen-dokumen teori yang perlu diimplementasikan, nah ketika diimplementasikan ini yang perlu adanya koordinasi, integrasi dan kemudian sinkronisasi di unit kerja. Itu yang perlu dipikirkan. Contoh, PPI (Pusat Pengendalian Infeksi) punya dokumen-dokumen yang lengkap, orang-orangnya saya kira mumpuni ya, Cuma ketika implementasi, harus diimplementasikan dimana, itulah yang belum terpikirkan. Contoh paling gampang, paling gampang menurut saya hubungannya PPI terhadap pekerjaannya cleaning service, ini kan sangat.. sangat besar pengaruhnya terhadap kinerja cleaning service. Satu cleaning service sendiri memang harus dievaluasi, diseragamkan kinerjanya untuk kebersihan rumah sakit. Kemudian PPI itu harusnya juga ada intervensinya di dalam kinerja cleaning service agar pemahaman petugas cleaning service ini sama untuk pengendalian infeksi. Kerjanya sudah betul atau nggak. Ini nampaknya belum, belum dilakukan itu. Terus mestinya K3RS (Komite Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit) juga masuk ketika arahan untuk cleaning service. Jadi ketika dia (cleaning service) kerja disini, dia juga jaga safety dan juga mencegah penyebaran infeksi, begitu. Itu yang belum diimplementasikan, itu satu contoh untuk PPI. Kemudian mungkin banyak masalah lainnya, seperti GLD (Governance, Leadership and Directing). GLD itu kan poin dari manajemen untuk tata kelola rumah sakit itu, ini juga nampaknya belum jalan manis. Dan sementara juga di struktural, menurut saya koordinasinya juga masih kurang bagus. Jadi masih ke egosentris ya, belum ke arah hubungan yang koordinatif kemudian integrasinya juga nyaman, apalagi pekerjaannya disinkronkan, ini yang belum nampak. Jadi penting sekali menurut saya pengaruh dari Direksi, Direksi terhadap koordinasi di jajaran pejabat eselon.

P: Bagaimana aturan-aturan, komitmen dan akuntabilitas terhadap tugas diberikan kepada tim akreditasi?

J: Pengarahannya, pelaksanaannya di unit kerja, itu yang mungkin belum. Dia harus kerja dimana, dari teori-teori itu harus diimplementasikan dimana itu yang mungkin belum ada.

Jadi menurut saya harus berpikir sendiri-sendiri. Kalau ini ada pokja, dia harus apa, dia harus intervensi dimana, itu yang harus perlu dipikirkan manajemen untuk masing-masing pokja ini harus kemana. Karena mereka belum tentu tahu korelasinya pokja mereka dengan kegiatan di rumah sakit. Seperti lagi PPI, PPI itu dia mengeluarkan IKRA, IKRA untuk bangunan. Tapi IKRA itu sendiri belum dilaksanakan di rumah sakit ini. Orang teriak-teriak “IKRA.. IKRA.. IKRA...”, tapi gimana implementasinya, gimana caranya menerapkan IKRA di rumah sakit, itu belum dibahas. Sudah sih, saya sudah memikirkan jadi mudah-mudahan bisa diimplementasikan. Jadi saya sudah usul ke Wa Dir Jang (Wakil Direktur Penunjang Medik) bukannya saya mencari-cari masalah, tapi ini untuk kepentingan rumah sakit. Ketika ada bangunan yang akan berdiri di rumah sakit, untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan di kemudian hari, contoh aja Kidney Center, Kidney Center itu sudah mutus aliran air itu sudah tiga kali ini, ya. Itu karena tidak ada persyaratan rumah sakit yang dibuat rumah sakit, sebelum kontraktor itu kerja. Harusnya itu tadi melibatkan IPS, melibatkan Sanitasi, K3RS, kemudian PPI untuk IKRA nya. Karena apa, kontraktor itu harus tahu kondisi prasarana yang ada di bangunan itu. Jadi piping nya air itu harus diketahui, kemudian agar nanti kalau sudah diketahui diberi tanda. Jadi tidak ada lagi bego yang mutus pipa. Kemudian belum yang kalau planning untuk kelistrikan, harus jelas oh nanti kalau bangunan ini berdiri disini, listrik disuplai dari sini, nanti desain dan aliran listrik itu nanti akan ditarik dari mana, itu sudah dibicarakan di awal. Jadi bukannya kami mau menghambat, tapi lebih untuk ke depannya. Contoh sekarang satu ini, gedung kemoterapi medis yang sudah berdiri sejak tahun 2015 tidak bisa berfungsi, alasannya sepele, aliran listriknya belum asuk, terus aliran airnya belum masuk, ketika kami ditugasi kemaren akan memanfaatkan lantai 4, akhirnya saya minta gimana caranya aliran air ini segera dijalankan. Itu salah satu implementasi.

P: Bagaimana kebijakan pimpinan organisasi tentang penilaian kinerja dan insentif khusus untuk tim akreditasi?

J: Kalau saya lihat sih, orang-orang yang ada di pokja itu orang-orang yang punya dedikasi, loyalitas tinggi, juga punya integritas yang tinggi, dia bisa membagi waktu, mana untuk pokja, mana untuk tugas utamanya. Mereka sudah bisa membagi waktunya, tapi ada sih saya lihat ada yang terlalu konsen ke akreditasi JCI, mungkin tugas utamanya agak, agak kurang focus, kurang maksimal, itu ada juga. Tapi rata-rata sih menurut saya beliau sudah konsen gimana caranya membagi antara tugas utama dan ketika duduk di akreditasi. Tidak ada arahan dari akreditasi untuk pembebanan tugas anggotanya antara tugas harian dan tugas akreditasi, semua itu kembali ke diri masing-masing individu.

P: Apakah Ketua Eksekutif Akreditasi telah menyampaikan optimisme dan realisme terkait proyek perbahan dalam pemenuhan standar JCI?

J: Mungkin penilaian kinerja dia masuk karena memiliki SK untuk kerja di tim akreditasi ya. Jadi ada SK nya itu untuk penilaian kinerja. kemudian untuk insentif khusus menurut saya hanya ketika SK itu diperhitungkan sebagai ini,

penilaian individu itu kan. Individu ini duduk di berapa banyak kepanitiaan kan diperhitungkan dalam penilaian remunerasi. Mungkin itu yang didapat, tapi tidak ada nilai lebih atau khusus yang diperoleh mereka ketika bertugas sebagai anggota tim akreditasi. Di dalam akreditasi itu ada honor khusus, tapi pola pembagiannya seperti apa saya tidak tahu, mungkin akan diberikan untuk orang yang aktif dan tidak aktif, mungkin ada penilaiannya. Karena tidak semua orang akreditasi itu aktif. Ada yang mungkin tidak, ada yang setengah, setengah karena beban tugasnya tidak terlalu aktif. Mungkin ada penilaian sendiri. Cuma kalau secara umum dari rumah sakit, karena kedudukannya dia sebagai pengurus di keputusan Direktur dia dapat poin tambahan, dia dapat skor tambahan, untuk dapat untuk tambahan insentif.

Ada kebijakannya, tergantung keaktifan dari seseorang dan kompetensi dari seseorang, seberapa sebanyak dia dibutuhkan duduk di masing-masing tim. Mungkin dia sibuk, semakin banyak pekerjaannya, insentifnya akan meningkat, karena skornya akan bertambah. Tetapi tidak ada penilaian khusus ketika dia duduk di tim akreditasi JCI.

Secara umum penilaian kinerja yang berlaku di rumah sakit ada, namun yang secara khusus terkait akreditasi tidak ada. Sebagai bagian dari remunerasi.

2. *Commitment*

P: Bagaimana Direksi menempatkan pejabat struktural dan pejabat fungsional dalam menghadapi masalah-masalah operasional?

J: Memang kaitannya dengan operasional, memang beberapa pejabat struktural ditugaskan menjadi ketua sub pokja. Kemudian ada tugas yang diberikan oleh Direksi ada fungsi individu ada sebagai sub pokja. Fungsi individu itu ketika dia ditugaskan secara personal. "Kamu koordinasi ini" itu kan ditugaskan personal. Tapi ada juga yang penugasan sebagai pokja, ini harus segera dikoordinasikan harus segera dievaluasi di unit kerja.

P: Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap keluhan dan saran supervisor tentang masalah, terkait akreditasi, yang terjadi di lapangan?

J: Kalau menurut saya, sebetulnya kita bawa alternatif. Alternatif solusi kepada Direksi, ketika ada permasalahan kita bawa alternatif solusi kepada Direksi. Jadi tinggal, nanti Direksi memilih mana yang bagus sebagai solusi atas permasalahan kita. Karena kadang-kadang kalau langsung dihadapkan pada Direksi, ketika Direksi itu konsen, konsen tentang permasalahan yang kita konsultasikan, atau paham tentang permasalahan sih nggak apa-apa. Tapi ketika beliau nggak konsen, terus ditanya, ngambang. Menurut saya kalau keseharian menurut saya harus ada alternatif.

Kadang-kadang, memang ada pejabat struktural yang kompeten memahami tugasnya, tupoksinya (khususnya) terus secara umum dia paham tentang permasalahan di rumah sakit. Tapi ada juga diantaranya pejabat struktural itu yang tidak paham tupoksinya dan implementasinya di lapangan. Nah itu yang agak repot. Untuk hal-hal yang seperti itu dia tidak paham tupoksinya sendiri, jadi Direksi yang menurut saya harus memahami tugas-tugas pejabat struktural,

permasalahan di rumah sakit secara makro agar tidak salah menugaskan orang, dan tidak salah tunjuk. Dan tahu kualitas dari masing-masing pejabat struktural, itu juga penting, gitu. Kadang belum tentu sih namanya Kabag itu lebih pintar dari Kasi, itu juga belum tentu. Harus ada pemahaman tentang kerja anak buahnya.

P: Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap karyawan yang terdampak perubahan?

J: Saya tidak, kalau saya membahas tentang rekam medik saya tidak mendiskreditkan seseorang, tapi ini saya berbicara pada realita ya. Saya berbicara pada realita, tentang rekam medis. Rekam medis ini memang selalu berubah, selalu berubah. Untuk dokumen mungkin sudah disiapkan secara khusus dari permintaan dari rekam medis itu diminta dari yanmed dengan format A, format B, format C. Seksi rekam medis meminta adanya perubahan. Kemudian dibuatlah oleh perlengkapan untuk dokumennya. Cuman implementasi di lapangan itu tidak sesuai dengan teori. Masih banyak dokumen-dokumen itu yang kosong, padahal sudah menghabiskan anggaran yang besar, dan jadi banyak itu formulir-formulirnya. Mestinya, menurut saya menurut saya kan ada pemikiran gimana caranya mengisi itu agar simple, simplifikasi untuk pengisian dokumen. Karena kalau dia banyak-banyak juga yak an arus ngisi, gitu. Kemudian dokumen medis itu juga masih yang kececeran ya, tercecer di masing-masing unit kerja, mungkin bisa di bawa PPDS (Program Pendidikan DOkter Spesialis), ketinggalan di SMF kembalinya susah. Terus kemudian juga ada pengisian dokumen medik asal-asalan. Nah itu mestinya perlu pengkajian khusus oleh pejabat eselon 3 nya, gimana seharusnya. Dia seharusnya punya ide inovatif agar pengelolaan dokumen medis ini menjadi bagus, gitu. Hal-hal seperti itu yang mungkin harus, harus didorong oleh Direksi mungkin ya, jajaran eselon 3 nya untuk lebih punya kreatifitas, inovasi, agar dokumen medis ini terlaksana sesuai dengan yang diharapkan.

Harusnya ada evaluasi dulu ya, satu hal yang lemah di jajaran manajemen adalah monitoring dan evaluasi. Menurut saya itu perlu untuk membuat keputusan ke depan, berdasarkan monitoring dan evaluasi. Lau khusus untuk dokumen medis ini, rekam medis saya lihat Kasi untuk rekam medis ini sudah cukup bagus, effortnya sudah bagus, cuman mestinya ada dukungan dari pimpinannya tentang tata kelolanya. Gimana sih harusnya, pengembaliannya gimana, lha gimana agar dokumen medik ini tetap pada tempatnya. Cara-cara inovasi yang dibuat agar dokumen rekam medik ini tetap aman di tempatnya dan terlaksana dengan baik. Jadi sering kan dokumen rekam medik itu hilang.

LAMPIRAN VI

Hasil wawancara dengan Kepala Sub Bagian Perundangan dan Ketertiban selaku Anggota Tim Akreditasi Mengenai Faktor Keras (DICE) Manajemen Perubahan

1. *Integrity*

P: Bagaimana susunan SDM (baik kapasitas dan kapabilitas tiap individu maupun komposisi penyusun tim) dalam tim akreditasi RSUD Dr. Soetomo?

J: Ya. Jadi begini. Di dalam akreditasi ini adalah upaya rumah sakit dalam standarisasi di tingkat nasional maupun internasional. Dr. Soetomo sudah lulus KARS 2012, dan kemudian kita mengarah pada JCI internasional. Maka Direktur tentu tidak bisa kerja sendiri, tapi membuat surat keputusan Direktur, siapa-siapa yang memiliki kompetensi untuk menunjang kegiatan dimaksud. Jadi hemat saya tentu semua unsur yang terkait dengan semua kompetensinya, menurut saya sudah kredibilitas, sudah cukup memiliki kompetensi dan alhamdulillah dalam perjalanan ini sudah berjalan sangat baik, saling melengkapi saling menyempurnakan.

P: Bagaimana aturan-aturan, komitmen dan akuntabilitas terhadap tugas diberikan kepada tim akreditasi? Bagaimana pembebanan tugas dan komitmen yang harus diberikan anggota tim akreditasi dalam proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?

J: Bukan hanya tingkat bidang, jadi di samping unsur struktural, karena di bawah bidang masih ada Kasubbag dan ada Kasi. Yang pertama, hampir seluruh pejabat struktural, sebagai tanggung jawab dilibatkan. Kemudian setiap personal yang memiliki kompetensi khusus itu dilibatkan. Jadi ada komite-komite, ada juga tenaga perawat yang juga concern dan komit terhadap akreditasi semua dilibatkan.

P: Bagaimana tim akreditasi mengalokasikan waktunya untuk mengerjakan proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?

J: Yang jelas tim itu dibentuk sudah ada pokja-pokjanya, maka setiap pokja memiliki tanggung jawab sendiri-sendiri. Jadi ada ketua tentu mereka sudah mengarahkan sejauh mana kewenangan dan sejauh mana tanggung jawabnya. Inilah bentuk tim yang solid, ketika masing-masing membidangi. Tetapi secara umum bahwa tim ini harus mengetahui seara keseluruhan. Jadi misalnya kami ada di GLD (Governance Leadership Directing) menyangkut kebijakan. Saya tidak boleh tidak tahu tentang Hak Pasien dan Keluarga yaitu terkait dengan HPK nya. Jadi di samping kami concern sesuai dengan pokjanya, maka kami harus tahu juga, kerjaan pokja lain dan kebijakan pokja lain.

P: Bagaimana kebijakan tentang penilaian kinerja dan insentif khusus untuk tim akreditasi?

J: Jadi begini mas. Jajaran Direksi telah melakukan statement dan melalui berbagai media komunikasi, bahwa akreditasi adalah kewajiban semua orang yang berada di rumah sakit Dr. Soetomo. Semua orang mengatakan sibuk, iya, pejabat struktural juga sangat sibuk. Bahkan struktural tugas dan ungsinya sudah diatur dalam keputusan Gubernur. Tapi sebagai komitmen kita memiliki rumah sakit. Alhamdulillah selama ini tim berjalan solid, maka ketika akreditasi ini semakin dekat, jam kerja kita menjadi bertambah memang. Tapi alhamdulillah tim ini tidak meminta kompensasi apapun ketika ini kita tahu untuk kebaikan rumah sakit kita. Jadi sibuk itu bukan alasan untuk kita menolak tugas, karena kewenangan pimpinan untuk memberikan kita tugas, dan kita kita harus siap.

Ya tentu ada segelintir orang yang nggak siap, tapi setelah kita motivasi, setelah kita memberi arahan, setelah dipanggil Direksi mereka tentu menjadi paham. Jadi ketidaksiapan karena mereka belum memahami seratus persen apa itu akreditasi, tujuannya itu apa. Tapi setelah tujuannya jelas baik, maka siap.

2. Commitment

P: Bagaimana Direksi menempatkan pejabat struktural dan pejabat fungsional dalam menghadapi masalah-masalah operasional?

J: Jadi keberadaan setiap unsur, mulai dari pimpinan sampai dengan level yang paling bawah itu masing-masing memiliki kewenangan. Ketika berbicara kewenangan maka lebih dominan ke arah jabatannya. Karena tim akreditasi adalah tim yang menjalankan tugas. Nah ketika Direktur memerintahkan, tentu Direktur akan menggunakan otoritasnya sebagai Direktur. Yang tentu kebijakan Direktur itu tidak lepas dari akreditasi, karena ini adalah suatu program yang berskala nasional internasional, dan harus dilakukan. Jadi ini kan entry point nya kan adalah safety dan quality ya. Jadi keselamatan keamanan itu mutlak dilakukan, jadi ada korelasi. Ada korelasi antara akreditasi dengan kebijakan dan kewenangan. Tapi ketika penjenjangan nanya lebih dominan kemana, tentu orang yang bisa memerintah adalah karena kewenangan bukan di pokjanya. Kewenangannya sebagai Direktur, kewenangannya sebagai Kasubbag, sebagai Kepala Bagian itu punya otoritas. Jadi kalau pokja tidak punya otoritas, hanya dia menjalankan program atas perintah pimpinan.

P: Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap keluhan dan saran supervisor tentang masalah, terkait akreditasi, yang terjadi di lapangan?

J: Jadi begini, pimpinan itu sangat welcome terhadap semua masukan dari berbagai mana, berbagai pihak ya. Tetapi kalau rekomendasi surveyor JCI tentu bagi kami wajib hukumnya untuk ditindaklanjuti karena ini sudah terstandar sudah ada mekanismenya. Nah ketika ada masukan-masukan yang tidak bertentangan dengan rekomendasi JCI, justru akan melengkapi dan menyempurnakan. Kalaupun ada juga rekomendasi atau masukan saran dari pihak manapun termasuk masyarakat kami mengapresiasi. Mengapresiasi, mengolaborasi, mengawinkan sebuah.

LAMPIRAN VII

Hasil wawancara dengan Kepala Sub Bagian Penerimaan selaku Anggota Tim Akreditasi Mengenai Faktor Keras (DICE) Manajemen Perubahan

1. *Integrity*

P: Bagaimana susunan SDM (baik kapasitas dan kapabilitas tiap individu maupun komposisi penyusun tim) dalam tim akreditasi RSUD Dr. Soetomo?

J: Untuk susunan tim menurut saya sudah mewakili semua bidang. Kan itu semua perwakilan, baik dari SMF, Instalasi, apa itu.. Komite-komite dsb kan sudah terwakili dalam tim. Karena kalau kita lihat kan susunannya juga padat ya. Padat SDM.

P: Bagaimana aturan-aturan, komitmen dan akuntabilitas terhadap tugas diberikan kepada tim akreditasi? Bagaimana pembebanan tugas dan komitmen yang harus diberikan anggota tim akreditasi dalam proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?

J: Pada awal kita mulai rapat-rapat akreditasi itu Dr. Joni presentasi. Selaku Ketua Tim Akreditasi beliau presentasi tentang langkah apa saja yang akan kita tempu sama-sama dalam menyelesaikan akreditasi. Yang tentunya juga berkaca pada pengalaman kita ke belakang, yakni kita sudah lulus akreditasi dari Kemenkes. Jadi menurut saya, teman-teman kali ini sudah punya, lebih punya gambaran mau apa yang mau dilakukan untuk memenuhi standar, dan lain sebagainya.

P: Bagaimana tim akreditasi mengalokasikan waktunya untuk mengerjakan proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?

J: Untuk komitmen tim kepada pekerjaan akreditasi ya, saya kira belum ada pembicaraan kepada anggota, ke masing-masing anggota tentang beban kerja. Kemudian tentang bagaimana pejabat, baik itu struktural atau fungsional juga staf yang terlibat, untuk menyelesaikan pekerjaan akreditasi tapi tugas hariannya tidak terbengkalai. Harusnya sih pekerjaan akreditasi itu mendukung pekerjaan harian, cuman memang karena rapatnya marathon, kita dikerjar target Oktober akan mock survey, kemudian tahun depan initial survey ya jadinya kadang pekerjaan rutin kita juga terpengaruh. Bagi yang pekerjaannya berkaitan dengan akreditasi secara langsung ya saya kira terbantu sekali dengan standar internasional ini. Kalau yang di administrasi, ya memang ada kaitannya, penting perannya teman-teman administrasi, namun kan tidak seterpengaruh teman-teman di lapangan. Nah untuk orang-orang administrasi itu yang mengerjakan pekerjaan akreditasi disamping juga ada beban pekerjaan harian yang harus pandai-pandai membagi waktu.

P: Bagaimana kebijakan tentang penilaian kinerja dan insentif khusus untuk tim akreditasi?

J: Insentif berbasis kinerja khusus untuk pekerjaan akreditasi ini saya kira nggak ada. Ada juga honor tim, itu oun setahun sekali.

2. *Commitment*

P: Bagaimana Direksi menempatkan pejabat struktural dan pejabat fungsional dalam menghadapi masalah-masalah operasional?

J: Kalau saya melihatnya Pak Direktur open ya dengan masukan dan saran dari semua pihak yang terlibat akreditasi, baik itu yang bertindak selaku tim, juga yang bertindak selaku pejabat struktural. Tergantung masalahnya apa saya kira, pimpinan dengan masukan-masukan dari teman-teman semua saya kira akan menugaskan kepada yang tepat.

P: Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap keluhan dan saran supervisor tentang masalah, terkait akreditasi, yang terjadi di lapangan?

J: Ya bentuk perhatiannya seperti yang saya ceritakan tadi, jadi ya kalau ada saran dari teman-teman pejabat struktural itu menjadi pertimbangan Pak Direktur. Pertimbangan para Wadir juga.

P: Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap karyawan yang terdampak perubahan?

J: Kalau itu sih, memang masih ada kekurangan dalam pelaksanaan akreditasi ini, seperti contohnya rekam medis ya. Contoh yang paling mengena saya kira rekam medis. Rekam medis itu banyak perubahan, dan teman-teman di lapangan speetinya banyak mengeluhkan. Harusnya sih ada kajian dulu sebelu diterapkan, atau dilakukan percobaan dulu ke beberapa tempat dulu, setelah diuji, ada perbaikan bilamana perlu baru diterapkan, jadi nggak berubah-berubah. Karena kasihan juga pelaksana di lapangan ini.

LAMPIRAN VIII

Hasil wawancara dengan Staf Sub Bagian Rekam Medis selaku Anggota Tim Akreditasi Mengenai Faktor Keras (DICE) Manajemen Perubahan

1. *Commitment*

P: Bagaimana tingkat kepatuhan karyawan atas SOP dan prosedur baru yang telah berubah sesuai kebutuhan pemenuhan standar akreditasi JCI?

J: Kalau aku kan, ini kan kebetulan kan evaluasi ini, berkas. Nah evaluasi berkas ini aku juga ngukur kepatuhan pengisiannya, tapi yang di ruangan. Tapi sementara itu masih dokter, perawat, terus rekam medik dan farmasi. Karena yang sering ngisi lo mas. Kalau gizi mau mulai, kenapa kok gizi mau mulai, karena kalau gizi ngisi yang di lembar 8 tok, satu tok. Kalau yang empat ini kan ada di beberapa formulir. Nah itu, mau mendekati akreditasi kayaknya ada peningkatan. Ada salah satu, ada beberapa sih SMF itu punya inisiatif utuk kesini buat ngelengkapin lagi, ngelengkapin berkas lagi, gitu. Pada intinya dijalankan, maksudnya dia juga kan ada partisipasinya lah, nggak hanya, ada sih beberapa kalau aku ke bedah yang mengenai akreditasi itu “wah kok cuma akreditasi aja”, Cuma omong aja. Ada yang partisipasi, ada yang semangat.

Tingkat partisipasi kembali ke personal. Tapi mayoritas dari semua dokter, rekam medis, farmasi itu yang bener-bener, tergantung personal, bener-bener pekerjaannya itu setiap harinya rutin itu ngikutin aja, nggak yang punya andil besar itu nggak. Yang disuruh ngisi ya ngisi, suruh melengkapi ya melengkapi, tapi ada yang suruh ngisi ya pernah tak kembalikan, nggak lengkap-lengkap, kemudian mengeluh dengan alasan pekerjaan lain banyak. Tapi sebagian besar sih nggak.

Kita ada feedbacknya, kita setiap bulan itu kita kirim laporan, laporan evaluasi ini dari semua SMF itu kita bikin laporan grafiknya yang paling lengkap sampai yang gak lengkap. Terus sampek dengan laporan kepatuhan pengisian, tu juga dilampirkan. Terus juga DPJP, ini kan satu berkas ini DPJP ny siapa. Kan sample tapi mas aku, nggak semua berkas tak evaluasi. DPJP nya siapa terus tak rekap, keluar kan nilainya, terus itu tak laporin bagian pelaporan pak adi itu yang mengumpulkan. Apa dengan laporan dengan laporan pengembalian berkas, biar nggak telat kan kita SPM nya 2 x 24 jam. Sedangkan rata-rata tiap bulan kita itu masih 8 hari.

P: Bagaimana bentuk dukungan karyawan, terutama yang bersinggungan langsung dengan proyek perubahan, terhadap proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?

J: Sebenarnya menyadari, tapi mau ggak mau kan harus dijalankan. Karena kemaren itu yang keluar baru yang map biru. Map biru itu kan dari kita ini sekitar 31 lembar. 31 lembar itu ada satu formulir dobel, 31 A, B, C, dst. belum lagi formulir yang khusus-khusus, yang lama ini loh ya, ini mungkin sudah hampir 50 an paling ya. Yang sekarang 13 atau 14 lembar, ketambahan yang khusus-khusus itu nggak tau berapa. Nah itu isinya ada yang masih sama

seperti ini, ada yang formatnya berubah sama sekali dari yang awal. Dokter, khususnya karena yang ngisi kan, akeh sambate mas. Kalau perawat aku kan nggak pernah ini aku, apa itu komunikasi. Yang kesini kan dokter, karena perawat kan pelayanan disana kan sudah sibuk banget kan mas. Dokter kan kalau nggak ada jadwalnya kan dia kesini ngelengkapi, tapi mereka mengeluh karena formatnya berubah. Sosialisasi berkas baru itu pun satu IRNA itu kan satu hari, itu pun kan nggak semua datang. Hanya chief, terus seniornya yang datang, yang chief sama senior ini yang nanti sosialisasi lagi tingkat intern, itu ada yang datang ada yang nggak. Nah tingkat pemahamannya ada yang bisa dan ada yang kurang paham. Nah itu ngisinya mas, ada yang kadang ada yang salah ada yang sudah benar. Banyak mas problemnya. Nah untuk Direksi usahanya itu dia, apa ya, kan punya dr. Cita kan ya, Bakordik, mengurus PPDS. Dia itu yang menjembatani kepada PPDS. Insya Allah dia itu juga nanti usahanya kita untuk melengkapi ini, evaluasi di ruangan. Yang mengevaluasi itu PPJP dan dilakukan setiap hari. Dilakukan setiap hari mulai pasien keluar ya, KRS. Iku ambek PPJP ne iku dicatat yang kurang apa, doktere dipanggil suruh ngisikan disitu. Yang ngisi biasanya PPDS nya untuk kemudian ditandatangani DPJP nya. Nggak ada yang kontrol disitu, yang evaluasi kan disini tok. Disini tok itu juga nunggu berkas, nah nunggu berkas itu lama, karena dari ruangan itu dia belum tentu dia langsung kembali kesini, ada yang dimasukkan lagi ke SMF untuk dilengkapi, tanda tangan DPJP dan lain sebagainya. Kalau ini nanti programnya AMC, bikin format evaluasi tapi di ruangan. Untuk mencapai pengembalian berkas 2 kali 24 jam, apa standarnya JCI itu. Karena yang diminta laporannya itu katanya mulai bulan Juni.

P: Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap karyawan yang terdampak perubahan?

J: Kayaknya perhatian kepada karyawan nggak ada, karena Direksi itu kan terdesak dengan standarnya JCI, mau nggak mau dia juga harus buat itu. Yang membuat ini kan juga yang mengisi, seniornya, dia pun juga mengeluh, “kok banyak begini”. Tapi kan mau nggak mau. Ya sebenarnya sudah tau mas kalau perawat, DPJP, juniornya itu mengeluh terus.

LAMPIRAN IX

Hasil wawancara dengan Staf Bagian Keuangan selaku Anggota Tim Akreditasi Mengenai Faktor Keras (DICE) Manajemen Perubahan

1. *Commitment*

P: Bagaimana tingkat kepatuhan karyawan atas SOP dan prosedur baru yang telah berubah sesuai kebutuhan pemenuhan standar akreditasi JCI?

J: Kalau pertanyaan ini saya jadi teringat beberapa waktu lalu yang waktu kita ada bimbingan dari surveyor yan dari JCI Amerika itu. Para surveyor itu melihat data kita tentang tingkat kepatuhan cuci tangan, terus dalam data kita dituliskan bahwa tingkat kepatuhannya, saya lupa, mungkin hampir 100 persen pokoknya kalau tidak salah itu. Nah kemudian para surveyor kasih komentar gini. “di rumah sakit Jepang yang lulus akreditasi, rumah sakitnya bagus, tapi tingkat kepatuhan cuci tangannya mereka tulis 60%. Dan di RSDS Soetomo yang saya lihat banyak orang tidak cuci tangan ketika akan dan telah kontak dengan pasien, data cuci tangannya hampir 100%.” Itu orang-orang di rapat langsung ketawa. Kena banget itu sindirannya. Ya dari situ kita bisa simpulkan bahwa kepatuhan terhadap standar dalam impelementasinya itu masih sangat kurang di RS Soetomo ini.

P: Bagaimana bentuk dukungan karyawan, terutama yang bersinggungan langsung dengan proyek perubahan, terhadap proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?

J: Ada yang mendukung dan tidak. Tergantung semangat masing-masing kalau menurut saya. Tapi yang lebih penting di balik itu memang pimpinan rumah sakit yang harus kasih semangat dan menyakinkan ke semua orang kalau akreditasi itu penting untuk dilakukan. Dan harus menjamin semua orang melaksanakan apa yang standar sudah gariskan.

P: Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap karyawan yang terdampak perubahan?

J: Dalam beberapa kesempatan bertemu dengan kawan-kawan perawat, atau staf pelayana lain, saya sering sih diskusi. Memang implementasi standar kali ini, yang JCI ini sulit, banyak yang harus dilakukan. Dan kita sebelumnya tidak pernah atau tidak biasa ngelakuin itu. Jadi ya agak susah juga. Masalahnya lagi kita belum nemu formula yang pas buat implementasinya, jadinya sering mindkin berubah-ubah. Tapi ya teman-teman memang harus laksanakan. Kasih juga berubah-ubah. Atau kalau nggak berubah ya yang tiba-tiba yang dulunya kerjanya nggak sebegitu, sekarang jadi banyak. Sedangkan penilaian kinerja kita disini belum mengarah ke situ.

LAMPIRAN X

Hasil wawancara dengan Kepala Satuan Polisi Pamong Praja RSUD Dr. Soetomo selaku Anggota Tim Akreditasi Mengenai Faktor Keras (DICE) Manajemen Perubahan

1. *Commitment*

P: Bagaimana tingkat kepatuhan karyawan atas SOP dan prosedur baru yang telah berubah sesuai kebutuhan pemenuhan standar akreditasi JCI?

J: Kalau kami di banpol PP sebisa mungkin berusaha menjalankan arahan dari pimpinan. Tetapi memang ada keterbatasan dari kami, terutama jumlah personel, jadi beberapa dari anggota kami juga kuwalahan kalau harus menjalankan banyak tanggung jawab pekerjaan-pekerjaan baru di lapangan.

P: Bagaimana bentuk dukungan karyawan, terutama yang bersinggungan langsung dengan proyek perubahan, terhadap proyek perubahan untuk pemenuhan standar akreditasi JCI?

J: Kami dari banpol PP mendukung sepenuhnya, pada prinsipnya seperti itu.

P: Bagaimana bentuk perhatian pimpinan organisasi terhadap karyawan yang terdampak perubahan?

J: Saya pikir, pimpinan memberikan arahan yang baik. Untuk keajahteraan memang masih belum ada perubahan