

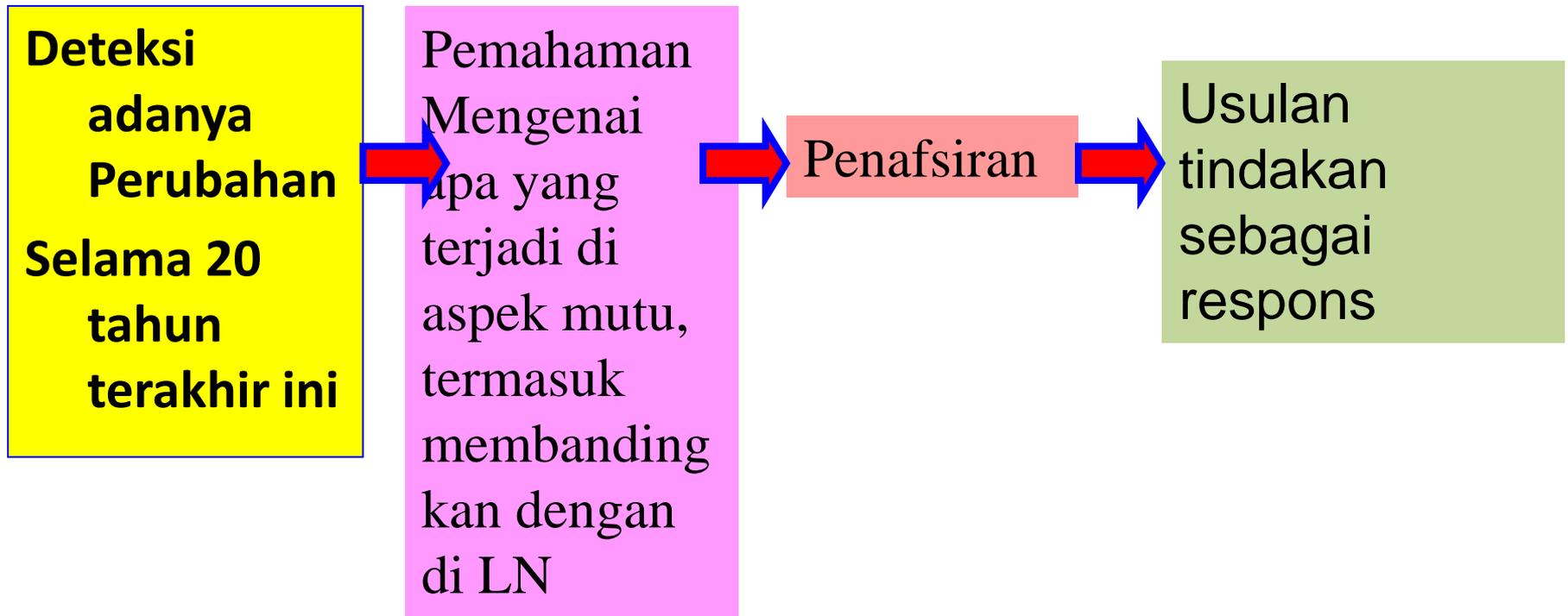


**Kepemimpinan dan  
perubahan budaya  
organisasi  
menuju budaya  
keselamatan pasien**

Laksono Trisnantoro  
Magister Manajemen Rumah Sakit dan  
Magister Kebijakan Manajemen Pelayanan  
Kesehatan, FK UGM

# Model Berfikir Sense Making

dalam mengamati mutu di presentasi ini



Refleksi: Forum Internasional mengenai Quality and Safety di Paris 2012

# Di negara maju



Sumber: Forum Internasional mengenai Quality and Safety di Paris 2012

Aspek budaya keselamatan pasien di rumahsakit mengacu tidak hanya ke penerbangan biasa, tapi sampai ke Aerospace dan juga balapan Formula 1.

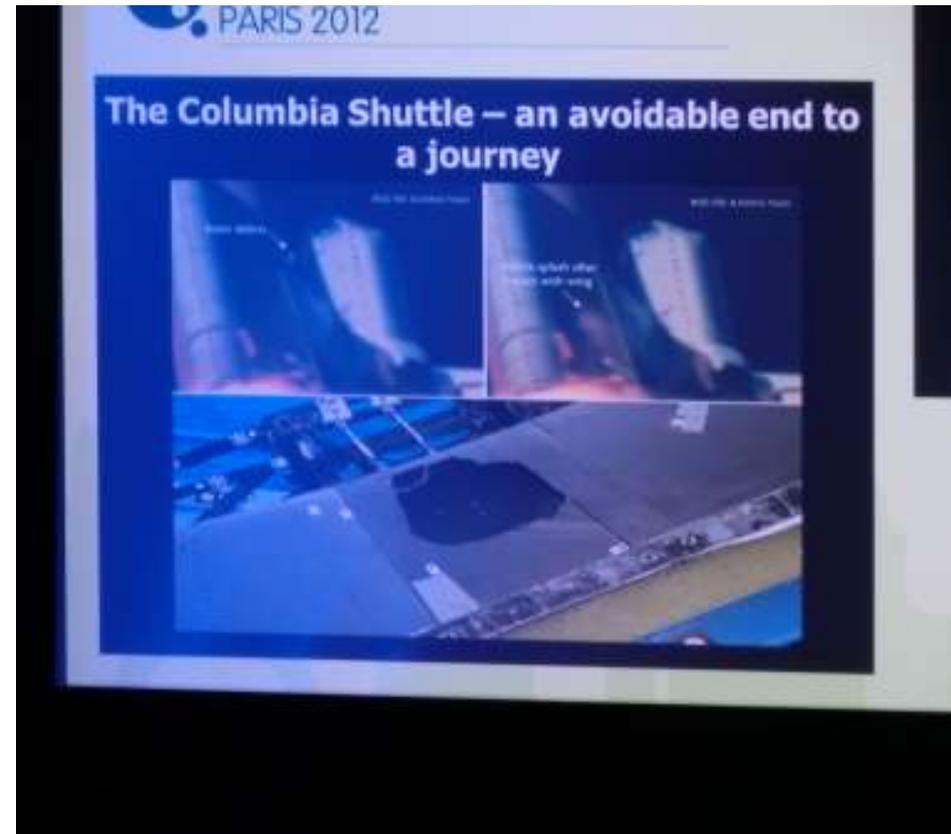
Negara maju ingin benchmark yang lebih tinggi, yang oleh sebagian pihak mungkin dianggap berlebihan.

Namun tetap masih ada kecelakaan;  
Meledaknya pesawat shuttle Challenger; **Mengapa?**

Ada gejala  
***“Normalization of Deviance”***.

**Suatu situasi dimana yang menyimpang dianggap normal.**

Situasi ini ternyata fatal akibatnya





**Pemahaman  
tentang  
keadaan  
budaya mutu  
di Indonesia:  
yang menghadapi dua front  
yang berbeda:**

# Front 1: Dalam konteks persiapan BPJS



- Mutu dan keselamatan pasien ini masih belum menjadi gerakan penting.
- Pergulatan masih berada di pembiayaan dan akses pelayanan kesehatan.

# Front 2: Dalam pelayanan kesehatan bertaraf internasional



## Situasi mutu pelayanan:

- Dinilai masih rendah dibanding dengan RS-RS di Asia Tenggara.
- Indonesia dianggap sebagai pasar, bukan penyedia dalam pelayanan kesehatan internasional

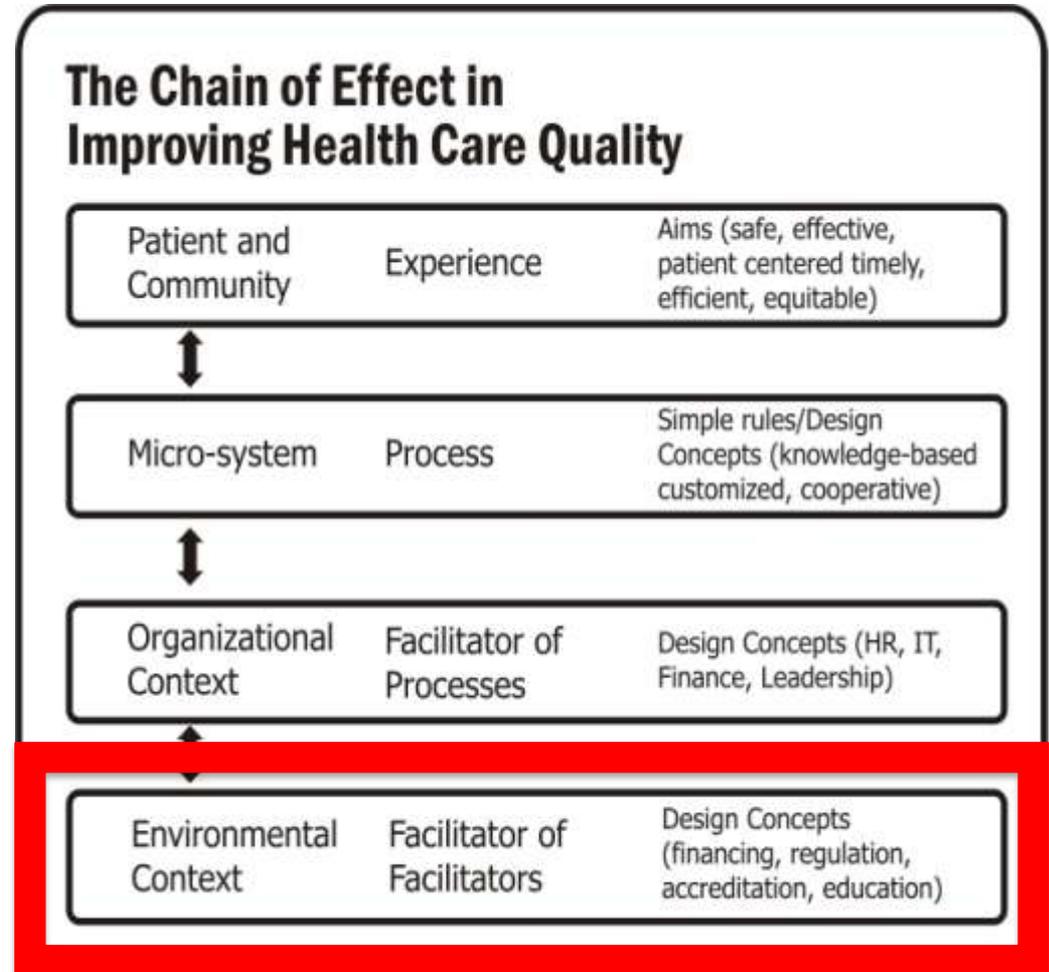
# Mengapa situasi mutu masih seperti ini?

- **Pengamatan sekitar 20 tahun** ini menunjukkan bahwa sistem mutu pelayanan belum berkembang baik.
- Mutu merupakan kinerja dari banyak faktor yang perlu dianalisis
- Analisis dilakukan dengan pendekatan Berwick



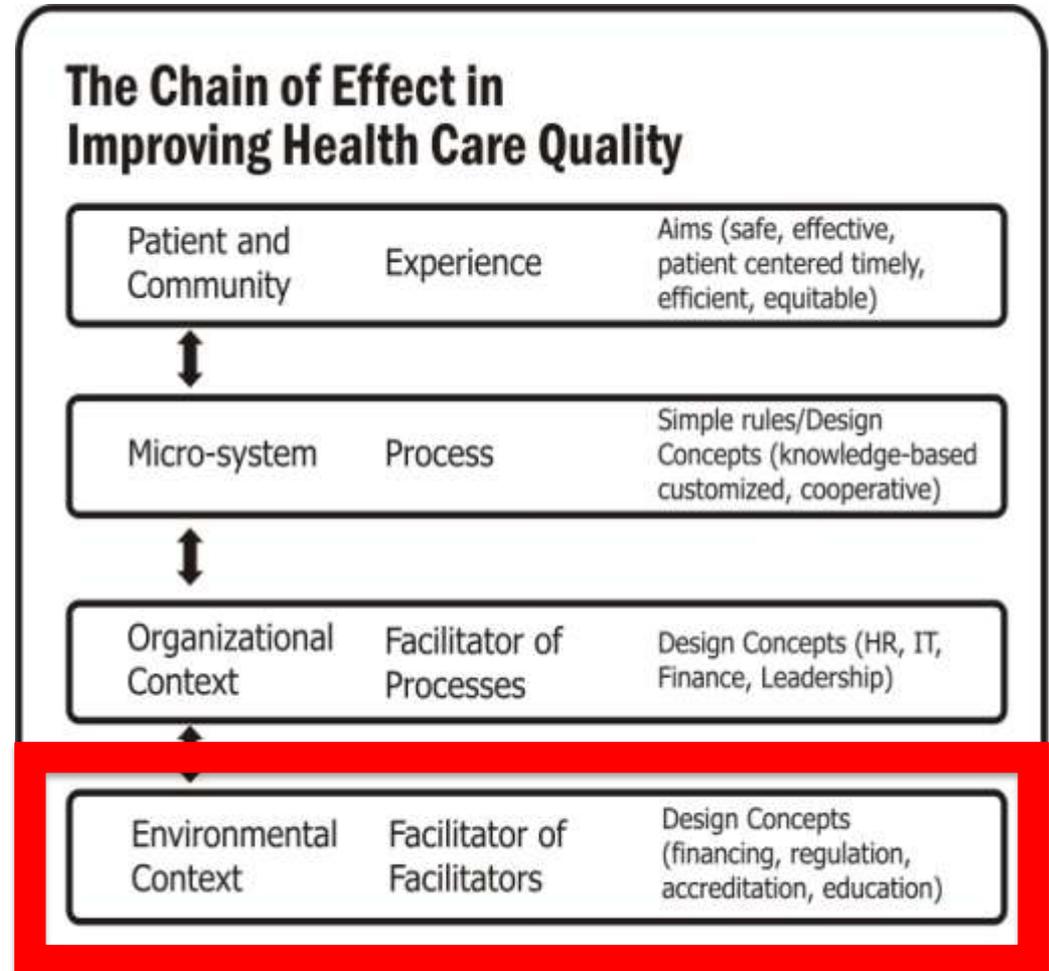
# Faktor Lingkungan rumahsakit (1):

- Kementerian Kesehatan belum mempunyai Direktorat yang fokus pada mutu pelayanan
- Dinas Kesehatan Propinsi dan Kabupaten, belum berfungsi maksimal dalam perijinan dan pengawasan (walau mempunyai mandat).
- Badan Pengawas RS sesuai amanah UURS belum berjalan



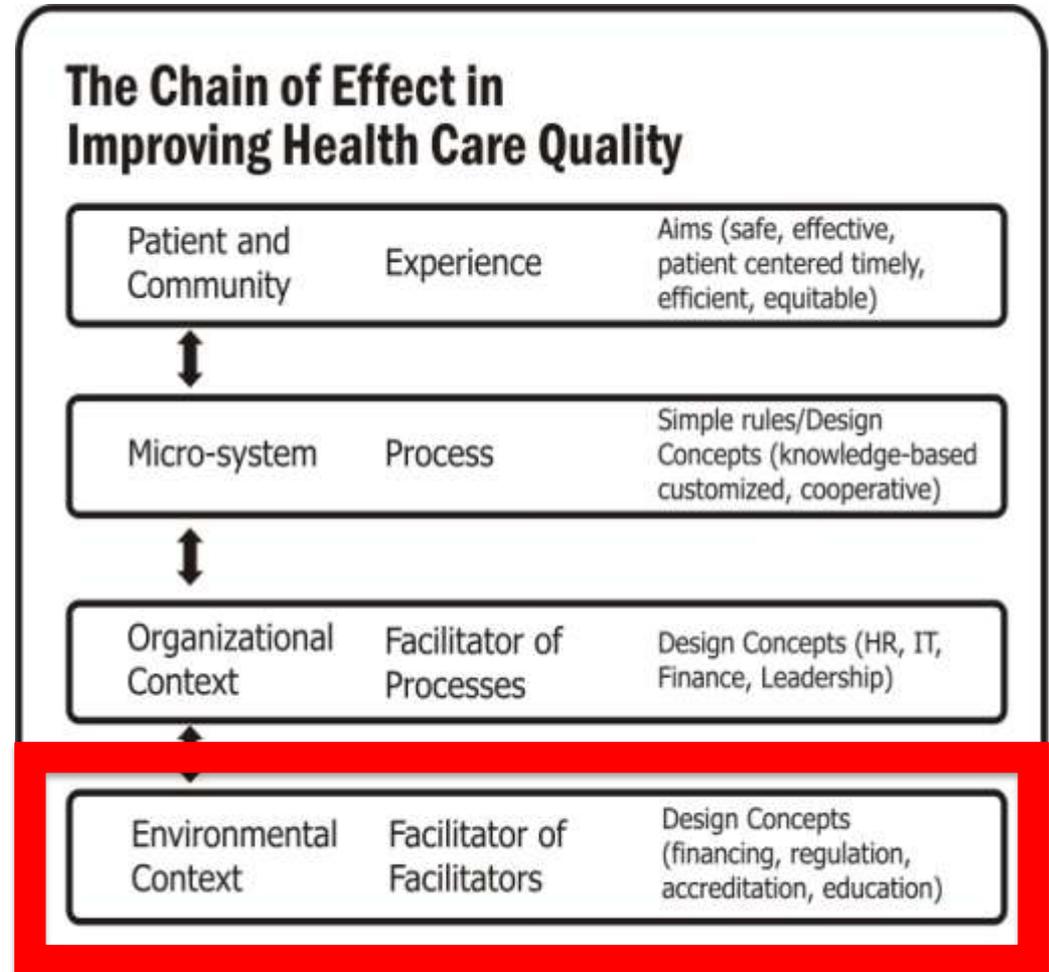
# Faktor Lingkungan rumahsakit (2):

- Sistem pembiayaan belum menjadi penentu untuk rujukan
- Pembiayaan melalui out-of-pocket masih dominan dan cenderung “supplier induce demand”
- perusahaan asuransi masih belum kuat mendorong gerakan mutu dan pendanaannya lemah (tidak menarik bagi provider)



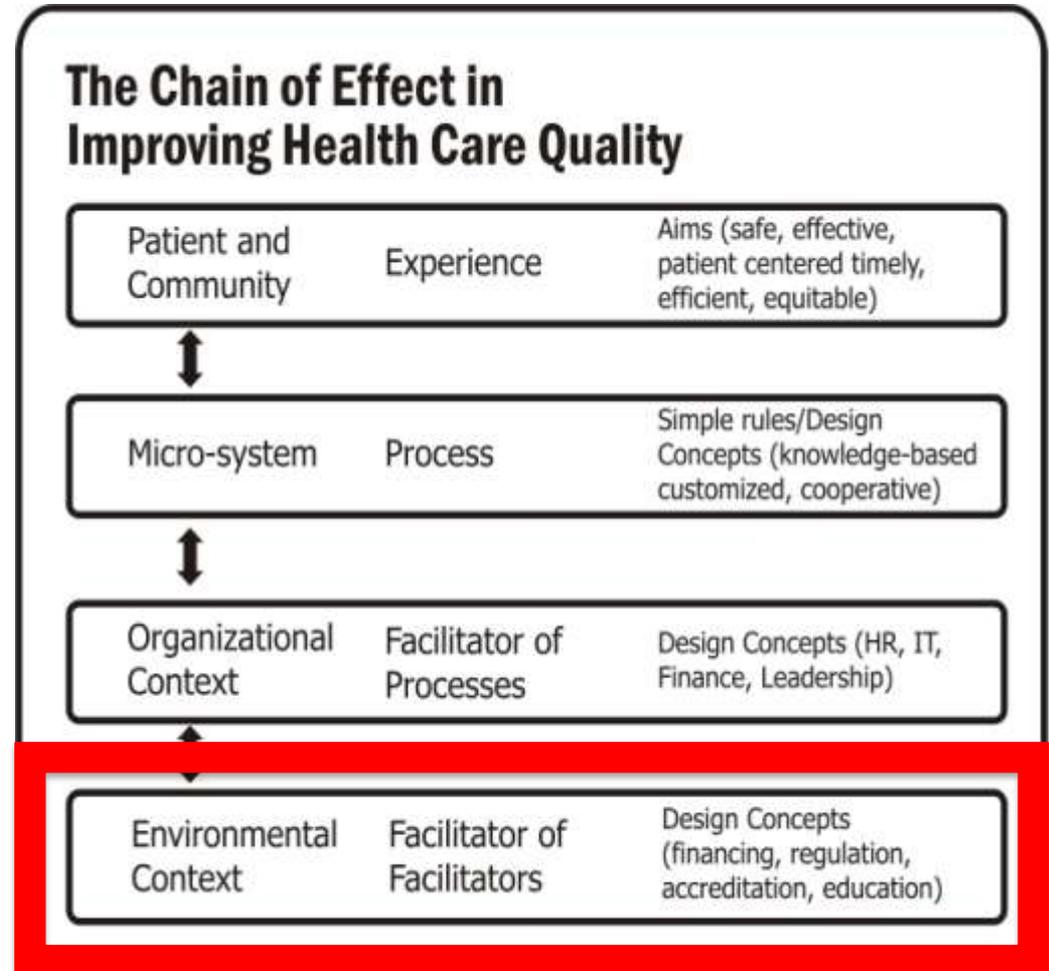
# Faktor Lingkungan rumahsakit (3):

- **Sistem akreditasi RS masih didominasi kegiatan melakukan assessmen/penilaian dengan sistem wajib yang belum tepat**
- **Konsultan mutu untuk perbaikan di RS yang berfungsi meningkatkan kinerja belum banyak**



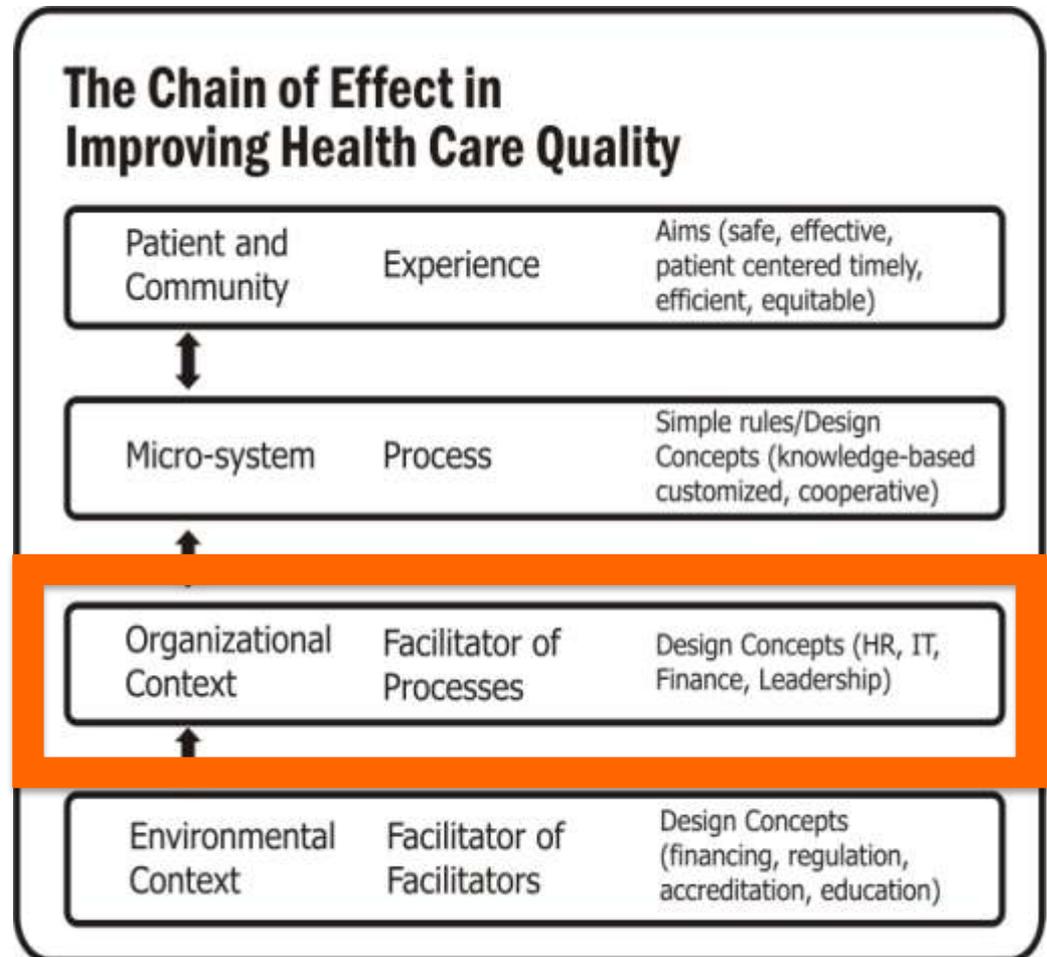
# Faktor Lingkungan rumahsakit (4):

- Jumlah dokter spesialis-sub spesialis terbatas, karena tempat pendidikannya terbatas
- Kurikulum pendidikan dokter dan dokter spesialis belum memasukkan mutu
- Pendidikan residen belum ada pengaturan jelas



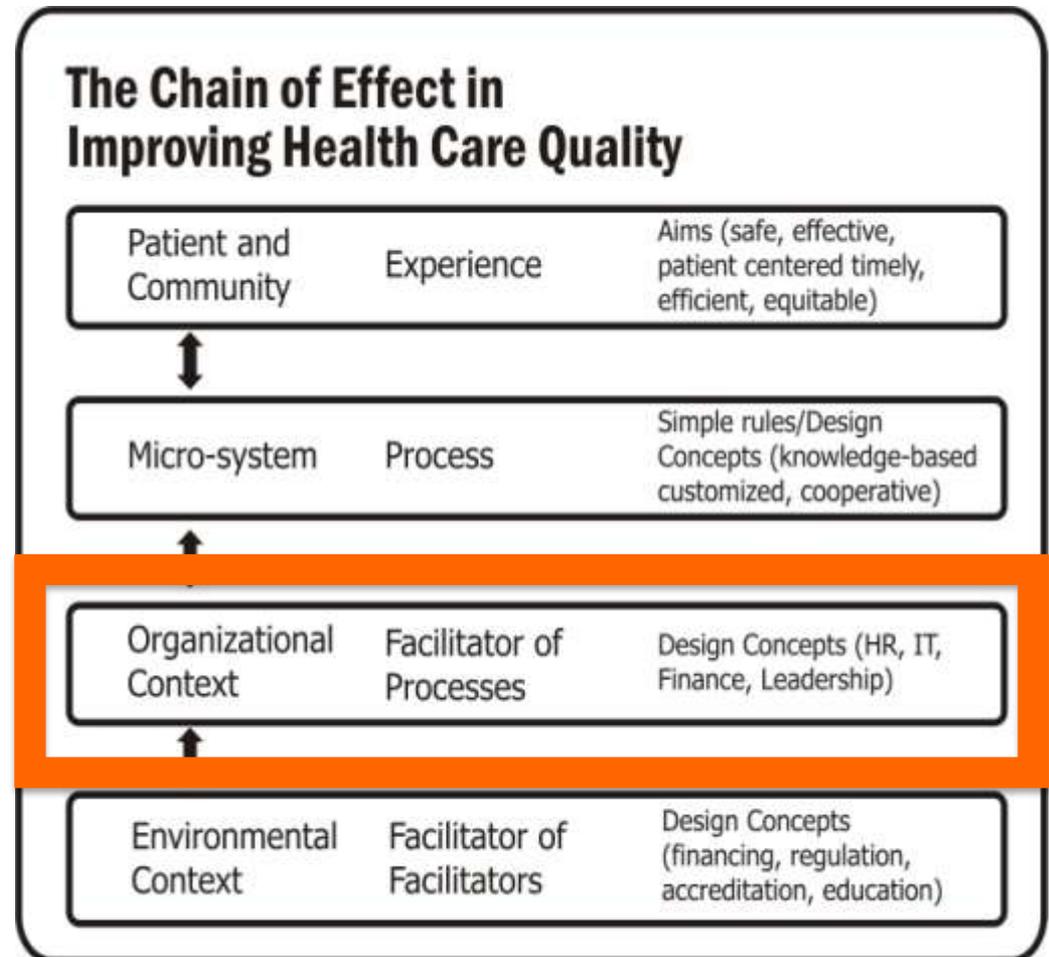
# Faktor Organisasi (1)

- Pemilik RS belum menempatkan mutu sebagai hal utama
- Kebijakan akreditasi JCI merupakan sebuah lompatan ke arah budaya mutu yang belum didukung oleh kesiapan RS
- Sumber daya manusia RS di Indonesia masih belum siap, termasuk sistem bekerja yang “nyambi”
- DI berbagai daerah ada kekurangan SDM kesehatan



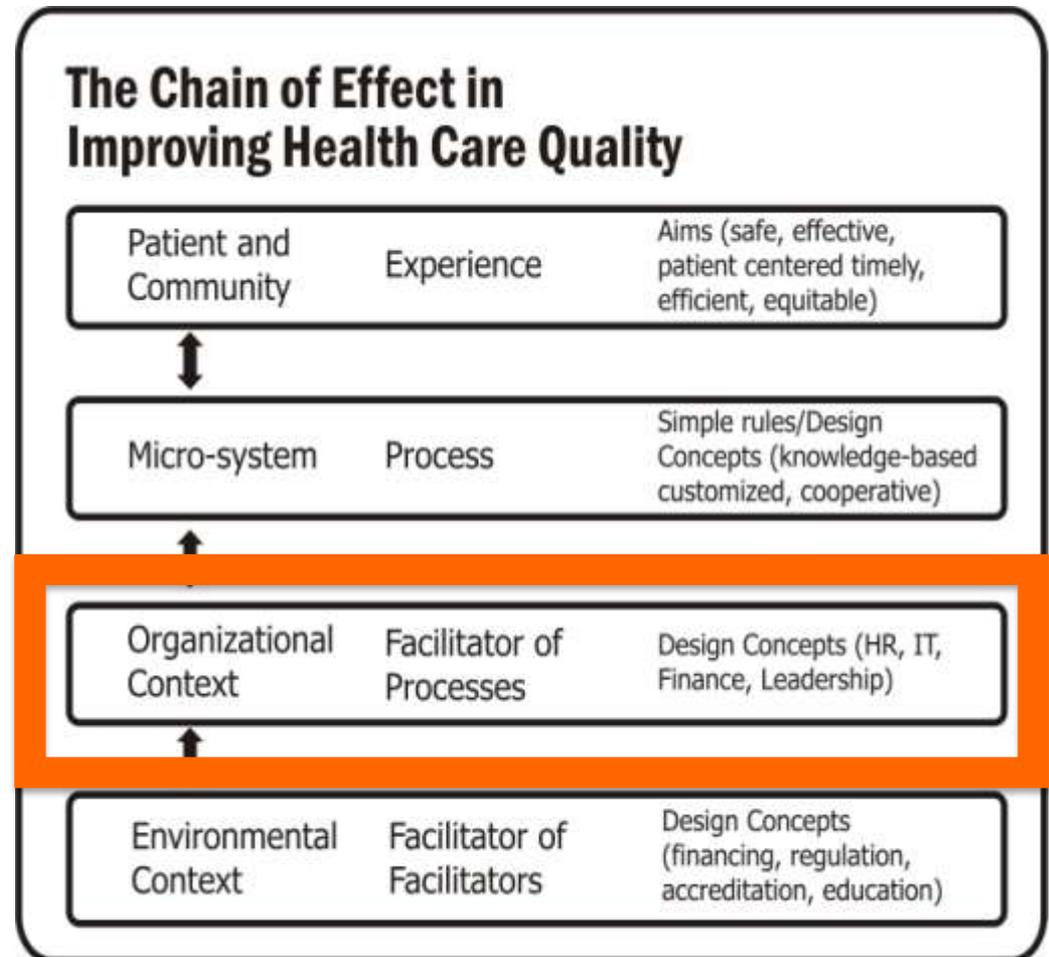
# Faktor Organisasi (2)

- Organisasi RS dan sistemnya belum mempunyai sistem mutu yang baik
- Sistem IT (termasuk Medical Record) belum menunjang untuk mutu
- Sistem insentif dan disinsentif untuk mutu belum bekerja dengan baik



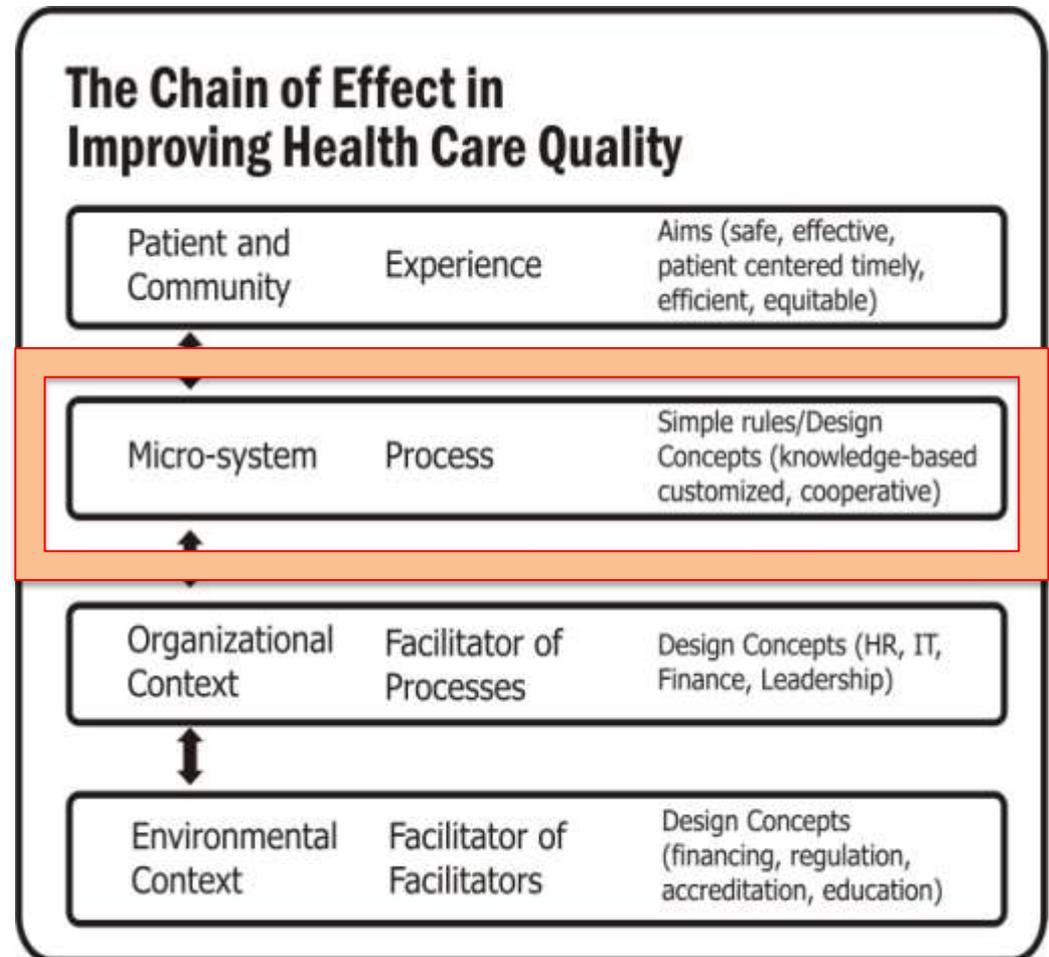
# Faktor Organisasi (3)

- Direksi RS belum banyak yang menunjukkan kepemimpinan dalam mutu
- Pemilihan Direktur RS (di daerah) banyak yang didominasi pengaruh politik lokal, bukan kompetensi.



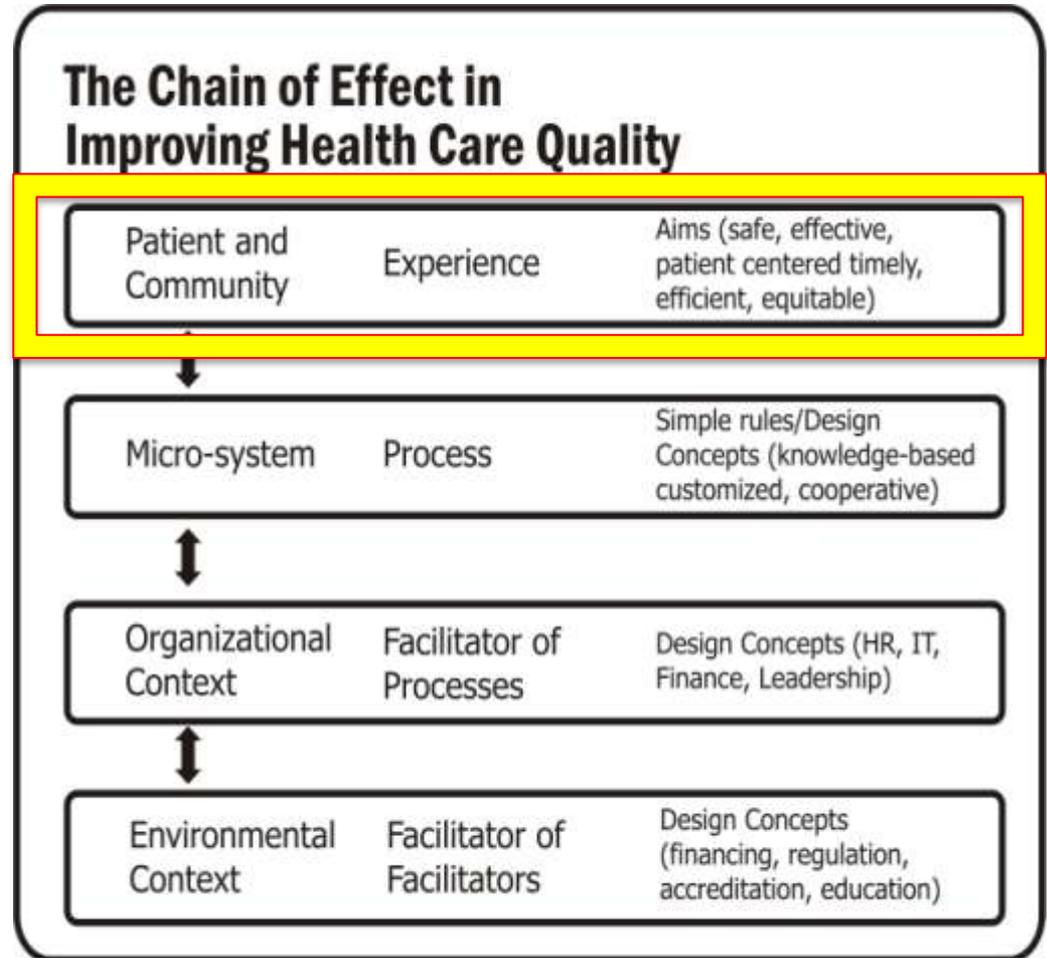
# Faktor Mikro

- Sebagian tenaga medik belum peduli mutu
- Perhimpunan profesi, sebagian masih memikirkan kesejahteraan anggota, belum sampai mutu pelayanan
- Normalization of deviance (misal tidak mencuci tangan, keterlambatan) masih kental



# Situasi di masyarakat

masyarakat sendiri masih belum tahu apa yang menjadi haknya, termasuk mendapatkan pelayanan kesehatan bermutu.





# Pe nafsiran

**Budaya mutu  
belum kuat  
keberadaannya di  
sektor pelayanan  
kesehatan  
Indonesia**

- *“Normalization of Deviance”* sering terlihat sehari-hari
- Gerakan mutu menjadi “tidak penting” di tataran pelaksana.
- Bisa terjadi skeptisme:  
*Ah...hanya teori.....  
Itu hanya dapat di negara maju*

## **Catatan:**

**Dalam situasi ini, masa depan mutu pelayanan rumahakit di Indonesia merupakan hal yang tidak pasti.**

- **Pendidikan yang menekankan mengenai mutu dan keselamatan pasien bisa kehilangan pijakan riil**
- **Dapat memperburuk situasi *ah teori.....***

# Bagaimana Solusinya?



**Perlu  
Perubahan  
(yang terencana,  
bukan karena  
faktor luck)**

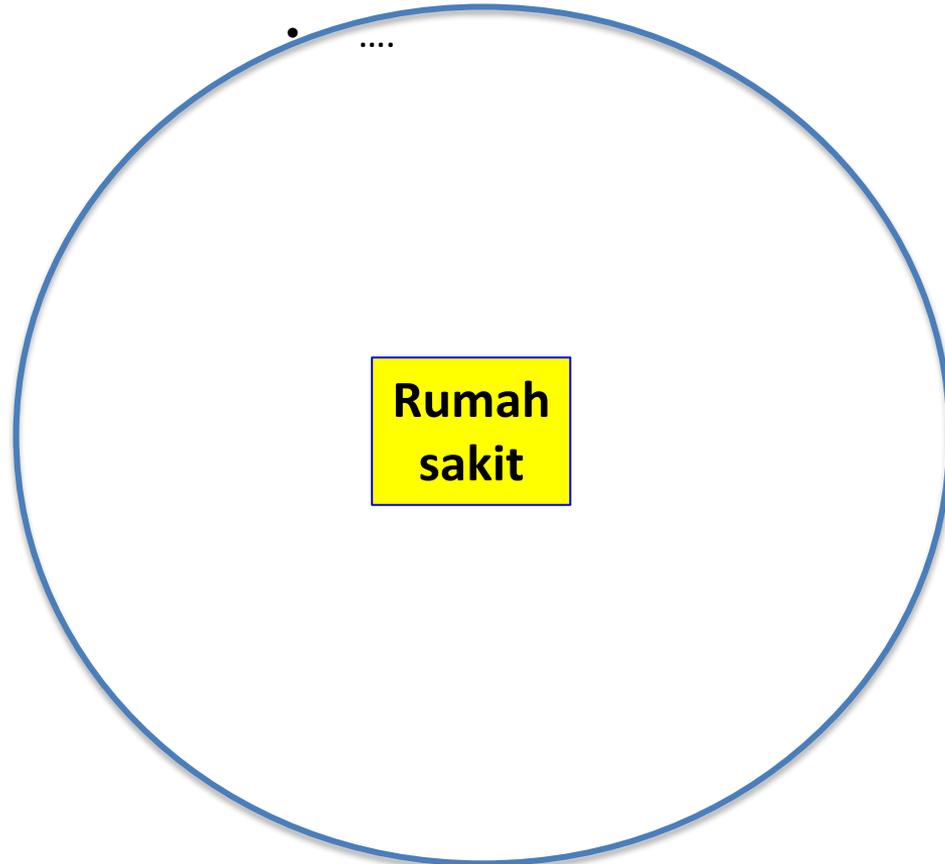
# Perubahan apa yang diperlukan:

## Di lingkungan pelayanan kesehatan:

- Perbaiki tata kelola sistem kesehatan
- Transparansi laporan
- Keberanian untuk melakukan pencabutan ijin (Dinas Perijinan vs Dinas Kesehatan)
- ...
- ...

## Di dalam rumahsakit

- Perbaiki budaya mutu
- Pengembangan sistem mutu
- ....
- ....



# Perbaikan Tata Kelola Sistem Kesehatan (1)

**Sebaiknya ada penegasan mengenai siapa yang regulator dan siapa yang operator.**

DI Kemenkes diharapkan:

- Terjadi pemisahan antara fungsi regulator dan operator RS
- RS-RS vertikal di DitJen BUK sebaiknya dikumpulkan menjadi semacam holding untuk 40an RS vertikal yang BLU
- DitJen BUK dapat konsentrasi sebagai regulator, khususnya untuk aspek mutu pelayanan kesehatan
- Perlu anggaran untuk fungsi regulasi yang cukup
- Para regulator tingkat nasional harus diberi pelatihan khusus

# Perbaikan Tata Kelola Sistem Kesehatan (2)

- Di Daerah: Dikembangkan penguatan sistem pengawasan mutu dalam konteks perijinan oleh Dinas Kesehatan
- Jangan sampai Perijinan ditangani oleh Dians Perijinan (satu pintu) tanpa peran Dinas Kesehatan
- Ada anggaran untuk fungsi regulasi yang cukup
- Para regulator daerah harus diberi pelatihan khusus

# Perbaikan Tata Kelola Sistem Kesehatan (3)

Untuk Akreditasi:

- Diharapkan ada pemisahan antara penilai dengan konsultan mutu
- Jangan sampai kegiatan akreditasi didominasi penilaian saja
- Dilakukan pengembangan konsultan mutu, dalam jumlah dan mutu.
- Perlu ada pilot-pilot untuk peningkatan mutu di RS

# **Perbaikan Tata Kelola Sistem Kesehatan (4)**

## **Pelaksanaan Badan Pengawas RS berdasarkan UU RS**

- Diharapkan ada aktivasi Badan Pengawas di Pusat
- Pengembangan Badan Pengawas di Propinsi
- Adanya uji coba di beberapa provinsi yang membutuhkan segera: DKI, DIY, Kaltim, Riau, Sumatera Utara, Bali, Sulawesi Selatan

# Catatan: Berdasar UU RS

Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia bertugas:

- membuat pedoman tentang Pengawasan Rumah Sakit untuk digunakan oleh Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi; (catatan Provinsi tidak wajib membuat)
- membentuk sistem pelaporan dan sistem informasi yang merupakan jejaring dari Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia dan Badan Pengawas Rumah Sakit Provinsi; dan
- Melakukan analisis hasil pengawasan dan Memberikan rekomendasi kepada pemerintah dan pemerintah daerah untuk digunakan sebagai bahan pembinaan.

# Perbaikan Tata Kelola Sistem Kesehatan (5)

## Pendidikan Kedokteran

- Diharapkan ada penambahan jumlah tempat pendidikan spesialis dan sub-spesialis
- Perubahan radikal terhadap residen
- Pengembangan materi mutu pelayanan di pendidikan tenaga kesehatan

# Perbaiki Mutu di RS:

Perlu perubahan budaya yang terkelola

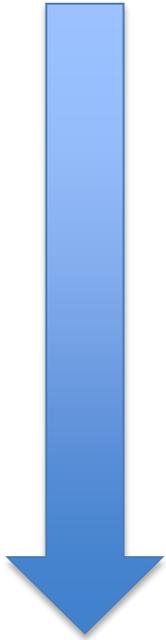
**Diperlukan sebuah sistem mutu yang mencakup:**

- Tujuan
- Pemahaman perilaku saat ini
- Rancangan struktur dan metode peningkatan mutu dalam tata-kelola RS
- Pelatihan,
- Sistem Aturan
- Sistem Insentif untuk SDM
- Sistem yang dapat mengkontrak tenaga dan peralatan.

Dipahami dan disepakati oleh:

- Pemilik
- Direksi
- SDM Klinis
- dan semua staf

# Diharapkan terjadi:



**Perubahan sikap  
perubahan perilaku, dan akhirnya  
perubahan iklim organisasi, serta  
perubahan budaya**  
dalam kurun waktu yang disepakati

## Perubahan berbagai faktor ini membutuhkan :

- Minat untuk pengembangan mutu
- Membuang kebiasaan lama dan cara pandang lama, termasuk: menyangkal adanya masalah, tidak mau berfikir yang baru, dan tidak mau ada perubahan
- Keberanian untuk menghilangkan kecemasan akan perubahan-perubahan ini.



**Membutuhkan  
Pemimpin-  
pemimpin di  
berbagai  
lembaga**

# Bagaimana ciri Pemimpin yang dibutuhkan di perubahan ini?

- Pemimpin-pemimpin di sektor kesehatan, yang tidak puas dengan situasi yang terjadi saat ini.
- Pemimpin yang tidak menyangkal adanya masalah
- Mempunyai komitmen kuat untuk mengembangkan mutu.
- Pemimpin yang sadar bahwa harus bekerja sama
- Pemimpin yang mampu melihat detail termasuk bagaimana menghilangkan *Normalization of deviance*
- Siapa mereka?

# Pemimpin di Lingkungan RS

- Pimpinan di Kementerian Kesehatan
- Pimpinan Dinas Kesehatan Kabupaten dan Propinsi,
- Pimpinan kelompok akreditasi RS
- Pimpinan perusahaan asuransi kesehatan
- Pimpinan Badan Pengawas RS di pusat dan propinsi-propinsi tertentu.
- Pimpinan/dosen lembaga pendidikan
- Pimpinan perguruan tinggi
- Pimpinan lembaga konsultan mutu
- Pimpinan LSM
- ...

# Pemimpin di dalam RS

- Pemilik RS
- Direktur RS
- Kepala-kepala Bidan/Manajer
- Pimpinan Dewan Pengawas
- Pimpinan SMF dan Komite Medik

# Pemimpin dalam proses klinis

- Dokter spesialis yang menjadi pemimpin klinis dalam proses penanganan pasien
- Pimpinan tim keperawatan
- Pimpinan tim penunjang .
- .....

# Diskusi:

Pertanyaan pentingnya adalah:

**Apakah tersedia pemimpin-pemimpin tersebut yang siap di 2 front: domestik dan internasional**

