

LAPORAN DAN REKOMENDASI

“Mendorong *Patient-Centered Care* dalam Pendidikan Manajer dan Manajer Klinis di Rumah Sakit”



Yogyakarta, 10 - 11 Oktober 2012

Daftar Isi

02

Laporan

09

1. Setting the stage

12

2. Peran klinisi dalam mendorong implementasi keselamatan pasien di rumah sakit

14

3. Kebijakan pembiayaan kesehatan dan remunerasi tenaga medis untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien

17

4. Hasil penelitian manajemen rumah sakit

18

5. Kepemimpinan dan perubahan budaya organisasi menuju budaya keselamatan pasien

21

6. Strategi komunikasi kepada klinisi dan manajer rumah sakit untuk implementasi *patient-centered care*

24

7. Desain fisik dan disain pelayanan sebagai pendukung utama penerapan *Patient-centered Care*

20

8. Membangun Jejaring Kerjasama Nasional dan Internasional dalam Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan

24

9. Penutup

Laporan dan Rekomendasi **Seminar Ilmiah “Mendorong *Patient-centered Care* dalam Pendidikan Manajer dan Manajer Klinis di Rumah Sakit”** **Yogyakarta, 10-11 Oktober 2012**

Executive Summary

Mendorong *Patient-Centered Care* dalam Pendidikan Manajer dan Manajer Klinis di Rumah Sakit menjadi tema yang merefleksikan 20 tahun perjalanan MMR-UGM dalam melakukan inovasi kurikulum manajemen rumah sakit yang *patient-centered care*. Acara seminar ilmiah selama dua hari ini bertujuan untuk membahas isu mutu pelayanan dan manajemen rumah sakit terkini, membahas strategi untuk penerapan *patient-centered care* di rumah sakit, dan berdiskusi mengenai bukti ilmiah dari hasil penelitian mahasiswa/alumni dari berbagai institusi pendidikan pascasarjana rumah sakit.

Laporan ini berisi deskripsi sesi, pembelajaran dan rekomendasi dalam setiap topik yang dibahas di seminar ilmiah.

1. Setting The Stage

1. 1. Untuk meningkatkan kompetensi manajer dan manajer klinis di rumah sakit dalam memberikan *patient-centered care*, kemampuan manajer untuk berkomunikasi dengan klinisi (tim penyedia pelayanan) dan pasien, serta mendukung klinisi untuk memberikan *patient-centered care* sangat penting di masa mendatang. Keterampilan ini secara khusus perlu diintegrasikan dalam kurikulum manajer dan manajer klinis yang diselenggarakan pada tingkat pascasarjana oleh berbagai perguruan tinggi, baik pada tingkatan pasien/ masyarakat, pelayanan klinis, organisasi maupun lingkungan eksternal rumah sakit.
1. 2. Di Jerman, komite nasional keselamatan pasien disebut Koalisi untuk Keselamatan Pasien, beranggotakan institusi yang merepresentasikan para pemangku kepentingan dalam keselamatan pasien, seperti misalnya industri farmasi, asuransi kesehatan, organisasi profesi, kementerian kesehatan, lembaga swadaya masyarakat, lembaga akreditasi, lembaga pendidikan, dan lainnya. Oleh karenanya, perlu mereview kembali keanggotaan komite keselamatan pasien di Indonesia, yang sekarang berada di bawah Kementerian Kesehatan.
1. 3. KARS dapat mempelajari, mempertimbangkan dan mengembangkan sistematisa elemen penilaian untuk memenuhi standar menggunakan struktur PDCA. Hal ini dapat memudahkan rumah sakit untuk melakukan persiapan dan memenuhi standar akreditasi tersebut.

- 1.4. Pengembangan 20 tahun manajemen di FK UGM memberikan pembelajaran pentingnya program pascasarjana perumahsakit untuk membangun komunikasi dengan FK dengan tujuan memperkuat komponen manajemen pelayanan klinis. Selain itu FK dapat memperkaya materi manajemen mutu pelayanan klinis (termasuk *patient-centered care, clinical governance, leadership*, dll) dalam pendidikan dokter dan dokter spesialis.

2. Peran klinisi dalam mendorong implementasi keselamatan pasiendi rumah sakit

- 2.1 Fakultas Kedokteran agar memperkuat materi yang terkait dengan keselamatan pasien, mutu klinis dan sistem manajemen pendukungnya dalam pendidikan dokter dan dokter spesialis agar di masa mendatang para pemimpin klinis memahami dan menjalankan perannya sebagai pemimpin klinis di fasilitas pelayanan kesehatan tempat bekerjanya. Hal ini sangat penting mengingat kompetisi nasional dan internasional pelayanan rumah sakit akan semakin meningkat dengan tajam.
- 2.2 Kolegium dan Organisasi profesi mulai mempertegas perannya dalam mengembangkan pendidikan berlanjutan yang terkait dengan topik *evidence-based medicine*, mutu klinis, peningkatan mutu, keselamatan pasien, kepemimpinan klinis dan lainnya. Bila perlu, hal ini dapat diperkuat dengan himbauan dari Kementerian Kesehatan sebagai regulator kepada Organisasi Profesi/Kolegium.

3. Kebijakan pembiayaan kesehatan dan remunerasi tenaga medis untuk meningkatkan mutu pelayanan dankeselamatan pasien

- 3.1 Sinkronisasi, yaitu RS melakukan pembenahan pengelolaan keuangan dan menyelaraskan mekanisme manajemen keuangan agar sesuai dengan mekanisme pembayaran yang akan diterapkan oleh BPJS.
- 3.2 Peningkatan efisiensi dan efektivitas, yaitu RS memfokuskan fungsi manajemen pelayanan dengan mengoptimalkan penggunaan sumber daya serta mengurangi waste. Manajer RS diharapkan mampu secara cermat menghitung biaya pelayanan dan mengukur kinerja pelayanan.
- 3.3 Pembelajaran prospective payment mechanism, sehingga manajer mempelajari berbagai model pembayaran prospektif, seperti global budget, capitation dan per-diem untuk mengantisipasi perubahan mekanisme pembelajaran. Mekanisme pembayaran campuran (hybrid) juga dapat dikembangkan, dengan pembayar membayar dengan model global budget. Manajemen RS mengatur penerimaan tersebut serta mendistribusikannya kepada dokter dengan konsep pay for performance yang memiliki dimensi pengendalian mutu fee for service, namun tetap memiliki keunggulan untuk mendorong efisiensi dalam penggunaan sumber daya.
- 3.4 Tata kelola RS serta akuntabilitas manajemen RS perlu ditingkatkan untuk membangun kredibilitas RS di mata pembayar. Demikian pula keterbukaan metode perhitungan biaya serta informasi yang dikelola oleh pembayar, sebaiknya dapat dibagikan kepada manajemen rumah sakit untuk meningkatkan kualitas hubungan RS dengan pembayar.
- 3.5 RS mengembangkan dan menerapkan clinical pathway secara konsisten. Manajer RS dan pembayar (BPJS) mempersiapkan pembiayaan untuk kasus outliers agar tidak mengurangi hak pasien yang kurang beruntung serta mengalami kasus dengan tingkat severity yang tinggi.

- 3.6 Indikator kinerja klinis perlu dikembangkan untuk mengidentifikasi kinerja dokter dan menghubungkannya dengan jasa medis, sehingga dapat tercipta kompensasi berbasis kinerja klinis di rumah sakit. Sistem remunerasi dikembangkan bersama para dokter dan dokter spesialis.

4 Hasil penelitian manajemen rumah sakit

- 4.1 Institusi pendidikan penyelenggara S2 perumahsakititan bekerja sama untuk melanjutkan forum pertemuan ilmiah tahunan tersebut, dengan difasilitasi oleh Kementerian Kesehatan. Agar hasil penelitian lebih bermanfaat untuk pengambil kebijakan dan rumah sakit, diskusi perlu menekankan pada implikasi hasil penelitian bagi pihak manajemen rumah sakit dan pengambil kebijakan.
- 4.2 Upaya untuk kompilasi hasil-hasil penelitian tesis yang dilakukan oleh berbagai institusi penyelenggara pascasarjana S2 perumahsakititan dapat diinisiasi oleh institusi pendidikan sebagai umpan balik ke Kementerian Kesehatan.
- 4.3 Untuk meningkatkan kemanfaatan hasil penelitian serta sinergi antara kebutuhan penelitian rumah sakit menurut pihak pengambil kebijakan/manajemen rumah sakit dengan topik-topik penelitian rumah sakit, maka para pihak pemangku kepentingan terkait seperti rumah sakit, Kementerian Kesehatan (BUK, Litbangkes dll) dan dinas kesehatan, asuransi kesehatan, lembaga penelitian dan lembaga pendidikan, lembaga swadaya masyarakat perlu merumuskan bersama agenda prioritas penelitian manajemen rumah sakit untuk masa 5 tahun mendatang.

5 Kepemimpinan dan perubahan budaya organisasi menuju budaya keselamatan pasien

- 5.1 Perlu perubahan yang terencana (bukan by luck) dilakukan oleh semua pihak yang berkepentingan pada tingkat lingkungan dan organisasi rumah sakit. Diharapkan terjadi perubahan sikap, perubahan perilaku, dan akhirnya perubahan iklim organisasi serta perubahan budaya dalam kurun waktu yang disepakati.
- 5.2 Perbaiki tata kelola sistem kesehatan: (1) Penegasan mengenai siapa yang melakukan peran sebagai regulator dan operator pelayanan kesehatan di Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan. (2) Sistem akreditasi memisahkan antara penilai dan konsultan mutu; (3) Badan Pengawas RS Indonesia segera memulai aktivitasnya sesuai dengan amanah UU dan pembentukan badan pengawas di propinsi yang segera membutuhkan; dan (4) Pendidikan Kedokteran: penambahan jumlah tempat pendidikan dokter spesialis dan sub-spesialis, perubahan radikal residen dan pengembangan materi mutu pelayanan dalam pendidikan tenaga kesehatan
- 5.3 Perbaiki sistem mutu di RS: Membuat perubahan sistem mutu yang terkelola serta dipahami dan disepakati oleh pemilik, direksi, SDM klinis dan semua staf
- 5.4 Kebutuhan menciptakan pemimpin di berbagai tingkat: di lingkungan eksternal rumah sakit, di dalam rumah sakit dan pemimpin dalam proses klinis. Pelatihan kepemimpinan rumah sakit perlu dikembangkan oleh berbagai pihak.
- 5.5 Kementerian Kesehatan dan rumah sakit mereview kembali kebijakan-kebijakannya, terutama yang terkait dengan tarif pelayanan rumah sakit, obat dan formularium obat rumah sakit, rujukan pelayanan medik dan penunjang medik untuk meminimalkan perbedaan perlakuan kepada pasien yang diakibatkan oleh kebijakan tersebut.

6. Strategi komunikasi kepada klinisi dan manajer rumah sakit untuk implementasi *patient-centered care*

- 6.1 Pemimpin rumah sakit perlu terlibat secara langsung (bukan hanya berkomitmen) dalam membangun perubahan menuju budaya mutu dan keselamatan pasien sangatlah penting.
- 6.2 Pemimpin rumah sakit melakukan monitoring perubahan secara terukur, dengan indikator di tingkat korporate rumah sakit, unit (satuan kerja) dan departemen, menggunakan konsep *balanced-score card* dan *key performance indicator*.
- 6.3 Penerapan strategi perubahan kecil dan terencana yang dilakukan terus menerus ke seluruh elemen rumah sakit.
- 6.4 Dengan pengalaman RSCM (dan RS Sanglah) dalam *mock survey* JCI, Kementerian Kesehatan dapat memfasilitasi pembelajaran rumah sakit lain yang telah ditunjuk untuk akreditasi internasional JCI melalui forum pertemuan antar rumah sakit
- 6.5 Kemampuan manajer dan direksi untuk berkomunikasi dengan klinisi secara efektif pada berbagai tingkatan mulai dari tingkat pasien/masyarakat, pelayanan klinis, organisasi dan lingkungan eksternal sangat penting dimiliki.
- 6.6 Proses pendidikan pascasarjana perumahsakit dapat mengembangkan kompetensi berkomunikasi dengan klinisi dengan menyelenggarakan sesi pembelajaran bersama antara peserta S2 rumah sakit dengan peserta pendidikan spesialisasi dan sub-spesialisasi.

7. Desain fisik dan desain pelayanan sebagai pendukung utama penerapan *Patient-centered Care*

- 7.1 Kementerian Kesehatan mengembangkan mekanisme yang merupakan pra-syarat bagi perencanaan-perencanaan bangunan rumah sakit (registrasi rencana, kursus wajib dll., daftar rencana yang direkomendasi), sehingga para perencana memahami standar bangunan RS dan safetynya.
- 7.2 Kementerian Kesehatan dapat mengembangkan *prototype* model RS kelas C dan D sebagai desain dasar rumah sakit yang menggunakan prinsip *evidence-based design*.
- 7.3 Manajer sarana dan prasarana rumah sakit melakukan pengembangan pelatihan berkelanjutan mengenai *evidence-based design* rumahsakit.
- 7.4 Pihak perencana bangunan rumah sakit mempelajari persyaratan terinci bangunan rumah sakit, yang berbeda dengan bangunan gedung pada umumnya.
- 7.5 Pihak RS mampu memilih perencana bangunan RS yang tepat, yang memahami *physical safety*.
- 7.6 Institusi pendidikan menyelenggarakan penelitian dan pelatihan berkelanjutan dengan sasaran manajer RS khususnya yang mengelola sarana dan prasarana serta para perencana bangunan RS.
- 7.7 Berbagai pihak melakukan pengkajian pengembangan dan penerapan *green hospital* untuk rumahsakit di Indonesia serta standar dan pedoman bangunan rumah sakit yang mengarah pada *green hospital*.
- 7.8 Institusi pendidikan mengembangkan penelitian-penelitian operasional untuk memperkuat kajian bangunan rumah sakit dan material rumah sakit yang berpengaruh positif terhadap lingkungannya.

8. Membangun Jejaring Kerja Sama Nasional dan Internasional dalam Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan

- 8.1 Memahami bahwa di era globalisasi, dimana semua informasi ini dapat dengan mudah diperoleh dan diberikan memaksa kita untuk merubah paradigma bahwa belajar bersama dengan menjalin *networking* adalah yang terbaik dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan. *Sharing* informasi dan pengalaman dapat dijadikan ajang untuk belajar yang sangat efisien.
- 8.2 Bagi lembaga regulator dan pelayanan kesehatan untuk makin mengembangkan kemampuannya dan memaksimalkan perannya, melakukan kerjasama dengan luar negeri atau lembaga lain yang terdepan merupakan salah satu pilihan.
- 8.3 Bagi rumah sakit diharapkan memperbaiki struktur kelembagaan rumah sakit agar memberikan kepastian hukum, keleluasaan bergerak dan bekerjasama.
- 8.4 Membangun jejaring dengan sesama rumahsakit dengan mengedepankan perbaikan mutu pelayanan dengan prinsip saling menguntungkan.
- 8.5 Efisiensi di dapat tidak hanya dengan pemantauan penggunaan namun juga pada proses pengadaannya. Pengadaan bersama sama akan menekan biaya pengadaan dan pemanfaatan discount volume dapat diterapkan.
- 8.6 Para profesional di bidang kesehatan disarankan semaksimal mungkin dapat memanfaatkan berbagai organisasi di bidang kesehatan sebagai wadah *updating* keilmuan dan penambahan skill dalam rangka pengembangan kemampuan diri dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

9. Penutup: Trend watching sinergi pengembangan rumah sakit dan pendidikan manajer-manajer klinis di rumah sakit

- 9.1 Keterampilan manajerial merupakan bagian penting dalam pendidikan pascasarjana perumahsakititan untuk mempersiapkan para manajer dan manajer klinis. Institusi pendidikan penyelenggara S2 perumahsakititan dan forum komunikasi institusi pendidikan pascasarjana perumahsakititan mereview kurikulum dan proses pembelajaran mengenai keterampilan manajerial.
- 9.2 Rumah sakit, asosiasi rumah sakit, institusi pendidikan dapat mengembangkan program *reskilling* manajer untuk meningkatkan kompetensi manajer dan manajer klinis di rumahsakit.
- 9.3 Forum komunikasi institusi pendidikan pascasarjana perumahsakititan memberikan penekanan pada aspek keterampilan manajer dengan cara mengintegrasikannya dalam domain komunikasi serta membahas proses pembelajaran yang tepat.

Laporan Lengkap

Latar Belakang dan Tujuan

Minat utama Manajemen Rumahsakit (MMR) Fakultas Kedokteran UGM dan the Indonesian Healthcare Quality Network (IHQN) bekerja sama dengan Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK FK-UGM) menyelenggarakan Seminar 20 tahun MMR dan Pertemuan Tahunan Forum Mutu IHQN ke VIII dengan tema “Mendorong *Patient-centered Care* dalam Pendidikan Manajer dan Manajer Klinis di Rumah Sakit”. Tema ini dipilih sebagai refleksi 20 tahun MMR dalam inovasi pengembangan kurikulum manajemen rumah sakit yang berawal dari adaptasi kurikulum manajemen bisnis secara umum ke setting rumah sakit menuju ke spesifisitas kurikulum manajemen rumah sakit yang *patient-centered care* dengan kinerja pelayanan klinis sebagai kinerja utama rumah sakit. Selain melalui pengembangan kurikulum untuk menghasilkan kompetensi manajer dan manajer klinis yang tepat di masa depan, jejaring kerjasama dalam upaya pengembangan mutu pelayanan kesehatan yang difasilitasi oleh IHQN diharapkan dapat mempercepat perubahan menuju mutu pelayanan yang lebih tinggi.

Seminar ilmiah dan Forum Mutu ini bertujuan untuk:

1. Membahas isu kualitas pelayanan dan manajemen rumah sakit terkini
2. Membahas strategi untuk menerapkan *patient-centered care* di rumah sakit
3. Membahas bukti ilmiah yang telah dihasilkan mahasiswa/alumni

Penyelenggaraan seminar ilmiah melibatkan 3 pembicara internasional, 12 pembicara dari Indonesia, 11 pembahas, dan 11 moderator. Dihadiri oleh 262 peserta seminar, seminar ini juga menyajikan presentasi hasil penelitian oleh mahasiswa/alumni dari berbagai pusat pendidikan pascasarjana manajemen rumah sakit, terdiri dari 13 penyaji secara verbal dan 11 poster.

Laporan ini menyajikan deskripsi dan rekomendasi singkat pada setiap topik bahasan dalam Seminar Ilmiah untuk kemajuan perumahsakit di Indonesia.

1. *Setting the Stage*

Kompetensi manajer dan manajer klinis rumah sakit adalah modal utama bagi seorang manajer untuk mengembangkan organisasi rumahsakit yang sangat kompleks dan padat denganknowledge workers. Pengembangan sumber daya manusia untuk menjamin terselenggaranya pelayanan rumah sakit yang mengutamakan *patient-centered care* dimulai dari adanya kompetensi manajer dalam mengalokasikan sumberdaya rumah sakit dengan tepat. Pengelolaan financial rumah sakit dikatakan berhasil ketika capital dapat ditransformasi menjadi bentuk pelayanan yang sesuai dengan harapan pasien, keluarga, masyarakat sebagai pengguna utama danmemberikan nilai tambah bagi organisasi rumah sakit. Hal ini dapat terjadi jika capital tersebut dikelola oleh manajer yang memiliki kompetensi. Kompetensi manajer rumah sakit juga akan menjamin terselenggaranya pelayanan rumah sakit yang mengedepankan konsep mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Kepercayaan pasien dan keluarganya, serta perusahaan asuransi terhadap organisasi rumah sakit hanya timbul jika rumah sakit memiliki manajer yang kompeten untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang komprehensif.

Keberhasilan seorang manajer untuk mengembangkan kompetensi, salah satunya dipengaruhi oleh pendidikannya. Fase pendidikan adalah fase yang menentukan karakter dan kompetensi seorang manajer rumah sakit dalam menghadapi tantangan pengembangan rumah sakit di era yang sangat kompetitif ini. Kompetensi inti seperti apa yang diperlukan seorang manajer rumah sakit? *Healthcare Leadership Alliance Competency* (2012) telah membangun model kompetensi manajer rumah sakit yang meliputi lima domain penting, yaitu: *Leadership, Professionalism, Communication and Relationship Management, Business Knowledge and Skills, Knowledge of Health Care Environment*. Selain model domain kompetensi tersebut, kelangsungan hidup rumah sakit juga ditentukan oleh kapasitas rumah sakit untuk terus menerus melakukan perbaikan mutu. Donald Berwick mengembangkan model rantai perbaikan mutu pelayanan, yang berawal dari pasien/masyarakat, sistem mikro pelayanan klinis, sistem makro di tingkat organisasi dan lingkungan eksternal rumah sakit. Berdasarkan kedua model tersebut telah dikembangkan kurikulum pembelajaran di MMR UGM dalam upaya membangun system pembelajaran yang mengarahkan kemampuan manajer dan manajer klinis untuk menyediakan *patient-centered care* bagi pasien, keluarga dan masyarakat yang dilayani.

Moderator: dr. Yodi Mahendradhata, MSc, PhD (Direktur PMPK FK UGM)

Pembicara:

1. Kompetensi manajer dan manajer klinis rumah sakit dalam pengembangan *patient centered care*, **Prof. dr. Adi Utarini, MSc., MPH., PhD** (Ketua Minat utama Manajemen Rumahsakit, Fakultas Kedokteran UGM)
2. *Patient safety movement and educating Hospital Managers in Germany*, **Prof. Dr. Jochen Breinlinger O'Reilly and Frank Dieble** (MBA Health Care Management, Berlin)

3. 20 tahun pengembangan Manajemen di Fakultas Kedokteran UGM, **Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc., PhD** (MMR dan KMPK, FK UGM)

Pembelajaran dan Rekomendasi

1. Kompetensi manajer untuk berkomunikasi dengan klinisi (tim penyedia pelayanan) dan pasien, serta mendukung klinisi untuk memberikan *patient-centered care* sangat penting di masa mendatang.

Rekomendasi:

Keterampilan ini secara khusus perlu diintegrasikan dalam kurikulum manajer dan manajer klinis yang diselenggarakan pada tingkat pascasarjana oleh berbagai perguruan tinggi, baik pada tingkatan pasien/masyarakat, pelayanan klinis, organisasi maupun lingkungan eksternal rumah sakit.

2. Di Jerman, komite nasional keselamatan pasien disebut Koalisi untuk Keselamatan Pasien, beranggotakan institusi yang merepresentasikan para pemangku kepentingan dalam keselamatan pasien, seperti misalnya industri farmasi, asuransi kesehatan, organisasi profesi, kementerian kesehatan, lembaga swadaya masyarakat, lembaga akreditasi, lembaga pendidikan, dan lainnya.

Rekomendasi:

Mereview kembali keanggotaan komite keselamatan pasien di Indonesia, yang sekarang berada di bawah Kementerian Kesehatan.

3. Standar akreditasi di Jerman hanya terdiri dari 6 kategori, yaitu *patient-orientation, securing employee-orientation, safety, information and communication, leadership dan quality management*. Kategori ini kemudian dijabarkan menjadi sub-kategori dan kriteria. Yang menarik adalah bahwa siklus PDCA (*Plan, Do, Check and Action*) digunakan secara sistematis dan terstruktur untuk menjabarkan setiap kriteria (atau elemen penilaian dalam standar akreditasi di Indonesia).

Rekomendasi:

KARS dapat mempelajari, mempertimbangkan dan mengembangkan sistematika elemen penilaian untuk memenuhi standar menggunakan struktur PDCA. Hal ini dapat memudahkan rumah sakit untuk melakukan persiapan dan memenuhi standar akreditasi tersebut.

4. Pengembangan manajemen di FK UGM berawal dari MMR, yang kemudian diikuti oleh minat-minat lainnya. Pendirian MMR diawali dengan blessing dari Fakultas Ekonomi dan MM, yang mendorong pengembangan manajemen rumah sakit di FK. Meskipun kurikulum 15 tahun pertama di MMR lebih mengacu pada adaptasi kurikulum manajemen bisnis secara umum, akan tetapi sejak 2006 telah menunjukkan spesifikasi manajemen rumah sakit dengan memperkuat *patient-centered care* dan manajemen pelayanan klinis. Hal ini merupakan keunggulan dan kemudahan bagi program S2

manajemen rumah sakit yang berada di bawah pengelolaan FK. Pengembangan manajer perlu diimbangi dengan penguatan program residensi mengingat para klinisi merupakan operator utama di tingkat pelayanan klinis.

Rekomendasi:

- Bagi program pascasarjana perumahsakitan yang berada di bawah FKM, perlu dibangun komunikasi dengan FK untuk memperkuat komponen manajemen pelayanan klinis serta FK dapat memperkaya materi manajemen pelayanan klinis (termasuk *patient-centered care, clinical governance, leadership, dll*) dalam pendidikan dokter dan dokter spesialis.

2. Peran klinisi dalam mendorong implementasi keselamatan pasien di rumah sakit

Keselamatan pasien di rumah sakit sangat dipengaruhi oleh peran klinisi (yaitu dokter, perawat, bidan, dan tenaga klinis lainnya) sebagai aktor dan operator yang secara langsung memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Dalam hal ini, peran dokter tidak hanya terbatas pada memberikan pelayanan medis kepada pasien, akan tetapi diharapkan menjadi pemimpin klinis (*clinical leaders*) yang dapat menggerakkan tim pemberi pelayanan untuk memberikan pelayanan yang memenuhi prinsip *patient-centered care*. Hal ini berarti memberikan pelayanan yang terbaik, dengan *outcome* yang optimal, tanpa kejadian yang tidak diinginkan, serta dengan menghargai hak-hak pasien. Tidak dapat dipungkiri bahwa penerapan *patient-centered care* ini membutuhkan upaya yang sinergis antara klinisi dan manajemen, oleh karenanya pemimpin klinis menjadi titik kritis.

Upaya untuk membekali pemimpin klinis dan calon pemimpin klinis perlu dilakukan sejak proses pendidikan. Di Fakultas Kedokteran UGM, telah dilakukan inovasi dalam proses pendidikan spesialis untuk mempersiapkan calon pemimpin klinis. Selain memuat kurikulum mengenai bidang spesialisasi yang didalami, proses pendidikan dokter spesialis sebagai awal tahapan pendidikan dokter/spesialis diharapkan dapat memberikan bekal yang kuat mengenai mutu pelayanan dan implementasi keselamatan pasien, untuk mencapai *patient-centered care*. Pasca pendidikan dokter spesialis, maka organisasi profesi mempunyai peran yang kuat dalam mendorong dan mengarahkan anggota-anggotanya untuk senantiasa membahas dan menerapkan pelayanan yang bermutu tinggi serta mencegah kejadian yang tidak diinginkan di rumah sakit.

Moderator: Dr. Andreasta Meliala, MKes., MAS (MMR FK-UGM)

Pembicara:

1. Peran klinisi dalam mendorong implementasi keselamatan pasien di rumah sakit, **Prof. Dr. Iwan Dwiprahasto, MMedSc., PhD** (CEBU dan MMR FK-UGM)
2. Integrasi materi *patient-centered care* dalam orientasi pendidikan spesialis di FK UGM, **Dr. Ova Emilia, Sp. OG, MMed Sc, PhD** (Koordinator Pendidikan Dokter Spesialis, FK-UGM)

Pembahas:

1. Peran profesi dalam mendorong implementasi oleh klinisi di rumah sakit, **dr. Chairulsjah Sjahrudin, Sp. OG** (Perhimpunan Obstetri dan Ginekologi Indonesia)
2. Peran pendidikan spesialis dalam mendorong implementasi keselamatan pasien oleh Klinisi di Rumah Sakit, **Dr. dr. Lukman Hakim, Sp KK** (FK Universitas Brawijaya)

Pembelajaran dan Rekomendasi

1. Klinisi berperan sebagai operator utama dalam memberikan pelayanan klinis. Dokter spesialis diharapkan selalu uptodate dengan perkembangan teknologi klinis terbaru serta sebagai pemimpin klinis dalam memberikan *patient-centered care* (termasuk keselamatan pasien dan mutu pelayanan yang tinggi). Oleh karenanya, pendidikan spesialis perlu mencakup tidak hanya muatan-muatan klinis, akan tetapi juga membekali dengan materi mengenai *evidence-based medicine*, mutu pelayanan klinis serta kepemimpinan klinis. Salah satu entry yang strategis adalah dalam pendidikan spesialisasi di FK. Di FK UGM, keselamatan pasien dan mutu pelayanan klinis telah diintegrasikan dalam pendidikan dokter (dalam materi 2 blok, yaitu *blok Basic Medical Practice* di tahun pertama dan *Healthcare System and Disaster* di tahun keempat. Untuk pendidikan spesialisasi, materi tersebut diberikan dalam program orientasi residen. Materi terdiri dari 3 klaster, yaitu klaster *quality of clinical care*, *clinical support system* dan *generic skills*. Ketiga klaster tersebut dikembangkan menjadi 9 modul yang diberikan oleh tim dari FK, RS Sardjito dan Program Studi S2 IKM (sebagian besar dari MMR, KMPK).

Rekomendasi:

Fakultas Kedokteran agar memperkuat materi yang terkait dengan *evidence-based medicine*, keselamatan pasien, mutu klinis dan sistem manajemen pendukungnya dalam pendidikan dokter dan dokter spesialis agar di masa mendatang para pemimpin klinis memahami dan menjalankan perannya sebagai pemimpin klinis di fasilitas pelayanan kesehatan tempat bekerjanya. Hal ini sangat penting mengingat kompetisi nasional dan internasional pelayanan rumah sakit akan semakin meningkat dengan tajam.

2. Setelah menyelesaikan pendidikan dokter atau spesialisasi, maka organisasi profesi mempunyai peran yang penting untuk menjaga agar materi-materi *patient-centered care*, mutu pelayanan klinis dan sistem manajemen pendukung pelayanan klinis dapat diberikan melalui pengembangan profesi berkelanjutan. Kongres perhimpunan ataupun pertemuan ilmiah tahunan diharapkan dapat mengakomodasi materi-materi tersebut dalam topik pendidikan berkelanjutan.

Rekomendasi:

Kolegium dan Organisasi profesi mulai mempertegas perannya dalam mengembangkan pendidikan berkelanjutan yang terkait dengan topik *evidence-based medicine*, mutu klinis, peningkatan mutu, keselamatan pasien, kepemimpinan klinis dan lainnya. Bila perlu, hal ini dapat diperkuat dengan himbauan dari Kementerian Kesehatan sebagai regulator kepada Organisasi Profesi/Kolegium.

3. Kebijakan pembiayaan kesehatan dan remunerasi tenaga medis untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien

PT Askes akan mengalami transformasi menjadi BPJS pada tanggal 1 Januari 2014. Transformasi ini sesuai dengan amanat UU SJSN. BPJS akan mengawal terlaksananya Universal Health Coverage secara penuh untuk seluruh rakyat Indonesia.

RS diharapkan mempersiapkan diri untuk masuk pada era sistem jaminan berbasis asuransi sosial. Sistem ini mensyaratkan pelayanan kesehatan di RS wajib diselenggarakan dengan prinsip pengendalian mutu dan biaya. Sesuai dengan prinsip asuransi sosial, maka pembayaran di RS akan menggunakan pembayaran prospektif. Sampai saat ini yang menjadi isu adalah bagaimana mempertemukan dan membuat kesepakatan mengenai biaya pelayanan di RS. Keterbukaan pembayar dan kesiapan manajemen RS untuk berdiskusi merupakan kunci untuk mencapai kesepakatan dalam menghitung kembali biaya pelayanan di RS.

Mekanisme pembayaran bagi penyedia pelayanan kesehatan (*provider*) akan mengalami perubahan besar karena sistem pembiayaan kesehatan yang berubah. Tetapi terdapat satu isu yang lebih mendasar, yaitu pembayaran berbasis kinerja, terutama untuk dokter di RS. Pembayaran prospektif merupakan kesempatan bagi manajer RS untuk memberi insentif kepada dokter yang berkinerja tinggi dan sebaliknya. RS perlu mengatasi beberapa existing issues, seperti keterbukaan kebijakan keuangan, pengaturan kompensasi yang berbasis keadilan dan kinerja tim, serta kepemimpinan RS yang mengutamakan hubungan kompensasi dengan kinerja. Sampai saat ini, pemberian kompensasi untuk dokter hanya berbasis faktor input, seperti pangkat, golongan, masa kerja dan tidak berbasis kinerja, misalnya: kualitas *outcome* klinis, banyaknya keluhan pasien, kepatuhan pada prosedur klinis, kepatuhan pada formularium, serta efisiensi dalam penggunaan bahan medis habis pakai.

Sesuai amanat pemerintah, maka pembayaran di RS akan menggunakan konsep INA-CBGs. Konsep pembayaran ini masih disempurnakan terutama aplikasinya pada kasus kronis, kasus yang memerlukan tindakan yang menggunakan alat canggih, serta kasus di ICU/ICCU. Sesuai dengan pengalaman dari Jerman dan Australia, penerapan konsep pembayaran ini masih terus disempurnakan, demikian pula di Indonesia, manajemen RS hendaknya memberikan masukan untuk penyempurnaan INA CBGs.

Penyelarasan antara sistem pembiayaan pelayanan kesehatan dengan remunerasi dapat dilakukan dengan menerapkan sistem pembayaran model campuran (*hybrid*). Pembayar memberikan *budget* kepada RS dengan menggunakan pola global *budget* dan RS memberikan kompensasi dengan konsep *pay for performance* untuk para dokter. Konsep PFP ini memiliki dimensi pengendalian mutu *fee for service*, namun tetap memiliki keunggulan untuk mendorong efisiensi dalam penggunaan sumber daya.

Moderator : dr. Mubasysyir Hasanbasri, MA (KMPK FK UGM)

Pembicara :

1. Sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia, **Anik Handayani Budi Lestari SE, MM** (PT ASKES Indonesia)
2. Pembayaran *provider* di Indonesia, **dr. Andreasta Meliala, MKes., MAS** (MMR UGM)

Pembahas:

Dr. drg. Yulita Hendrartini, MKes (KPMK FK-UGM dan RS Akademik UGM)

Pembelajaran dan Rekomendasi

1. Perubahan sistem pembayaran menjadi berbasis asuransi sosial menuntut kesiapan RS untuk mengelolanya dengan tetap menjaga mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Rekomendasi:

Sinkronisasi, yaitu RS melakukan pembenahan pengelolaan keuangan dan menyelaraskan mekanisme manajemen keuangan agar sesuai dengan mekanisme pembayaran yang akan diterapkan oleh BPJS.

2. BPJS akan menuntut terselenggaranya pembiayaan pelayanan kesehatan yang mengedepankan prinsip pengendalian mutu dan pengendalian biaya. Tantangan bagi RS untuk meningkatkan mutu pelayanan dalam kerangka pembiayaan yang efisien.

Rekomendasi:

Peningkatan efisiensi dan efektivitas, yaitu RS memfokuskan fungsi manajemen pelayanan dengan mengoptimalkan penggunaan sumber daya serta mengurangi waste. Manajer RS diharapkan mampu secara cermat menghitung biaya pelayanan dan mengukur kinerja pelayanan.

3. Di era SJSN akan terjadi perubahan mekanisme pembayaran dari retrospektif menjadi prospektif, dan perubahan sumber pendapatan dari *out of pocket* menjadi berbasis asuransi sosial. Selain itu, manajer RS mengalami tantangan dalam mengelola pembayaran dari BPJS ke RS serta dari RS ke para dokter dan dokter spesialis.

Rekomendasi:

Pembelajaran prospective payment mechanism, sehingga manajer mempelajari berbagai model pembayaran prospektif, seperti global *budget*, *capitation* dan *per-diem* untuk mengantisipasi perubahan mekanisme pembelajaran. Mekanisme pembayaran campuran (*hybrid*) juga dapat dikembangkan, dengan pembayar membayar dengan model global *budget*. Manajemen RS mengatur penerimaan tersebut serta mendistribusikannya kepada dokter dengan konsep *pay for performance* yang memiliki dimensi pengendalian mutu *fee for service*, namun tetap memiliki keunggulan untuk mendorong efisiensi dalam penggunaan sumber daya.

4. Hubungan pembayar (saat ini) dengan manajemen RS masih menghadapi tantangan yang berupa keterbukaan, kesempatan untuk berdialog serta membangun kesepakatan dalam menetapkan pembiayaan pelayanan kesehatan di RS.

Rekomendasi:

Tata kelola RS serta akuntabilitas manajemen RS perlu ditingkatkan untuk membangun kredibilitas RS di mata pembayar. Demikian pula keterbukaan metode perhitungan biaya serta informasi yang dikelola oleh pembayar, sebaiknya dapat dibagikan kepada manajemen rumah sakit untuk meningkatkan kualitas hubungan RS dengan pembayar.

5. INA-CGBs yang diterapkan selama ini masih perlu disempurnakan karena banyak tantangan pada penerapannya di area ICU dan untuk kasus kronis, serta kasus yang membutuhkan dukungan teknologi tinggi.

Rekomendasi:

RS mengembangkan dan menerapkan *clinical pathway* secara konsisten. Manajer RS dan pembayar (BPJS) mempersiapkan pembiayaan untuk kasus *outliers* agar tidak mengurangi hak pasien yang kurang beruntung serta mengalami kasus dengan tingkat *severity* yang tinggi.

6. Masih terdapat banyak tantangan dalam pengembangan hubungan antara manajemen rumah sakit dengan dokter dan dokter spesialis, terutama terkait pembagian jasa pelayanan. Pembayaran jasa dokter belum menggunakan kinerja klinis sebagai dasar dan penentu besaran pendapatan dokter di RS.

Rekomendasi:

Indikator kinerja klinis perlu dikembangkan untuk mengidentifikasi kinerja dokter dan menghubungkannya dengan jasa medis, sehingga dapat tercipta kompensasi berbasis kinerja klinis di rumah sakit. Sistem remunerasi dikembangkan bersama para dokter dan dokter spesialis.

4. Hasil penelitian manajemen rumah sakit

Sesi ini didedikasikan untuk presentasi hasil penelitian mahasiswa/alumni pendidikan pascasarjana dari berbagai institusi pendidikan di bidang administrasi dan manajemen rumah sakit di Indonesia. Sesi presentasi ini akan diselenggarakan secara paralel di tiga ruang dengan tema sebagai berikut: kebijakan dan lingkungan eksternal rumah sakit, manajemen pelayanan klinis di rumah sakit, dan fungsi manajemen di tingkat organisasi rumah sakit.

Pembelajaran dan Rekomendasi

Seminar ilmiah ini adalah seminar yang pertama kalinya memfasilitasi presentasi hasil-hasil penelitian oleh mahasiswa/alumni pendidikan pascasarjana S2 administrasi-manajemen rumah sakit dari berbagai institusi pendidikan di Indonesia. Berbeda dengan pertemuan yang telah rutin diselenggarakan oleh PERSI, maka presentasi ini lebih memberikan penekanan pada bukti-bukti ilmiah yang dihasilkan melalui penelitian yang telah teruji melalui mekanisme seminar/ujian tesis di setiap institusi pendidikan.

Rekomendasi:

1. Institusi pendidikan penyelenggara S2 perumhaskitan bekerjasama untuk melanjutkan forum pertemuan ilmiah tahunan tersebut, dengan fasilitasi dari Kementerian Kesehatan. Agar hasil penelitian lebih bermanfaat untuk pengambil kebijakan dan rumah sakit, diskusi perlu menekankan pada implikasi hasil penelitian bagi pihak manajemen rumah sakit dan pengambil kebijakan.
2. Upaya untuk kompilasi hasil-hasil penelitian tesis yang dilakukan oleh berbagai institusi penyelenggara pascasarjana S2 perumhaskitan dapat diinisiasi oleh institusi pendidikan sebagai umpan balik ke Kementerian Kesehatan.
3. Untuk meningkatkan kemanfaatan hasil penelitian serta sinergi antara kebutuhan penelitian rumah sakit menurut pihak pengambil kebijakan/manajemen rumah sakit dengan topik-topik penelitian rumah sakit, maka para pihak pemangku kepentingan terkait seperti rumah sakit, kementerian kesehatan (BUK, Litbangkes dll) dan dinas kesehatan, asuransi kesehatan, lembaga penelitian dan lembaga pendidikan, lembaga swadaya masyarakat perlu merumuskan bersama agenda prioritas penelitian manajemen rumah sakit untuk masa 5 tahun mendatang.

5. Kepemimpinan dan perubahan budaya organisasi menuju budaya keselamatan pasien

Dalam situasi perubahan lingkungan eksternal yang dinamis, kompetisi rumah sakit yang semakin tinggi, serta masyarakat yang semakin menuntut pelayanan yang bermutu ini, peran pemimpin dalam mendorong perubahan budaya organisasi menuju budaya keselamatan pasien sangat menentukan. Era ke depan semakin memerlukan pemimpin-pemimpin di sektor kesehatan yang “tidak biasa”, yang tidak puas dengan situasi yang terjadi saat ini dan mampu melepaskan diri dari “status quo” dengan mengembangkan budaya mutu dan keselamatan pasien di masa depan. Siapa yang disebut sebagai pemimpin ini? Mereka adalah dokter spesialis yang menjadi pemimpin klinis, direktur dan manajer RS, Kementerian Kesehatan beserta kepala Dinas Kesehatan, pimpinan perusahaan asuransi kesehatan, dan pemimpin lainnya. Selain itu, pimpinan kelembagaan yang baru dibentuk, yaitu pimpinan Dewan Pengawas RS dan Badan Pengawas Rumah sakit di tingkat propinsi dan pusat diharapkan semakin kuat mendorong budaya mutu dan keselamatan pasien.

Moderator: Dr. Hanevi Djasri, MARS (MMR-UGM, Divisi Mutu PMPK, dan IHQN)

Pembicara :

1. Kepemimpinan sebagai kapital organisasi untuk membangun budaya keselamatan pasien di rumah sakit, **Prof. Dr. Laksono Trisnantoro, MSc., PhD** (FK-Universitas Gadjah Mada)
2. *Understanding the Dynamic Interaction within Indonesia's Health Care Competition*, **Dr. Indrianty Sudirman, MSi** (FE & MARS FKM Universitas Hasanudin)

Pembahas:

1. Peran Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia dalam Kepemimpinan mutu dan keselamatan pasien, **dr. Agung P. Sutiyoso, SpBO, MARS** (Ketua Badan Pengawas Rumah Sakit Indonesia)
2. Peran Kementerian Kesehatan untuk memperkuat regulasi keselamatan pasien, **dr. Supriyantoro, Sp.P, MARS** (Direktur Jenderal Bina Upaya Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI)

Pembelajaran dan Rekomendasi

1. Kepemimpinan dan perubahan budaya organisasi menuju mutu dan keselamatan pasien merupakan hal yang *urgent* agar kondisi yang menyimpang tidak diterima sebagai sesuatu yang normal terjadi (*normalization of deviance*). Dalam kaitannya dengan mutu dan keselamatan pasien, Indonesia menghadapi 2 tantangan, yaitu tantangan dalam konteks persiapan BPJS dan dalam pelayanan kesehatan berstandar internasional. Pada kedua tantangan tersebut, dapat disimpulkan bahwa budaya mutu belum kuat gerakannya di sektor pelayanan kesehatan di Indonesia. Mengapa? Menggunakan kerangka value chain for quality improvement dari Berwick, maka penyebabnya dapat berasal dari faktor pasien/masyarakat, sistem mikro pelayanan, organisasi dan lingkungan. Penyebab faktor lingkungan: Kementerian kesehatan belum mempunyai

direktorat Mutu, Dinas Kesehatan belum maksimal fungsinya dalam perijinan dan pengawasan, Badan Pengawas Rumah Sakit belum berjalan, sistem pembiayaan belum menjadi penentu rujukan, out of pocket masih dominan, asuransi kesehatan belum kuat mendorong mutu pelayanan, sistem akreditasi masih bersifat wajib, konsultan mutu belum banyak, jumlah dokter spesialis dan sub-spesialis terbatas, pendidikan dokter dan residen belum membahas mutu, pendidikan residen belum diatur dengan jelas. Penyebab faktor organisasi RS: pemilik RS belum menganggap mutu sebagai yang utama, kesiapan rs terhadap akreditasi yang baru rendah, SDM rumah sakit belum siap (masih nyambi) dan keterbatasan SDM di beberapa daerah, sistem penunjang (IT, insentif, sistem mutu) belum kuat mendorong mutu, direksi RS belum berorientasi mutu akan tetapi di beberapa daerah pemilihan direksi bernuansa politik. Di tingkat mikro penyebabnya adalah: tenaga medik dan organisasi profesi belum peduli mutu, *normalization of deviance* masih kental. Sedangkan di tingkat pasien/masyarakat adalah mereka belum memahami haknya, termasuk untuk memperoleh pelayanan yang bermutu.

Rekomendasi:

- Perlu perubahan yang terencana, bukan by luck, yang dilakukan oleh semua pihak yang berkepentingan pada tingkat lingkungan dan organisasi rumah sakit. Diharapkan terjadi perubahan sikap, perubahan perilaku, dan akhirnya perubahan iklim organisasi serta perubahan budaya dalam kurun waktu yang disepakati.
- Perbaiki tata kelola sistem kesehatan: (1) Penegasan mengenai siapa yang melakukan peran sebagai regulator dan operator pelayanan kesehatan di Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan. Sebagai ilustrasi rumah sakit vertikal di Ditjen BUK dikumpulkan menjadi semacam holding untuk 40 rumah sakit vertikal yang BLU. Ditjen BUK memfokuskan perannya sebagai regulator dengan anggaran yang cukup dan kompetensi yang sesuai. Di daerah, fungsi perijinan diperkuat dan dinas kesehatan selalu terlibat dalam fungsi pengawasan perijinan (sekali pun ada dinas perijinan), dengan kompetensi sebagai regulator yang semakin ditingkatkan. (2) Sistem akreditasi memisahkan antara penilai dan konsultan mutu. Perlu memperbanyak para konsultan mutu dan pengembangan pilot peningkatan mutu rumah sakit; (3) Badan Pengawas RS Indonesia segera memulai aktivitasnya sesuai dengan tugas yang tercantum dalam amanah UU dan pembentukan badan pengawas di propinsi yang segera membutuhkan dan (4) Pendidikan Kedokteran: penambahan jumlah tempat pendidikan dokter spesialis dan sub-spesialis, perubahan radikal residen dan pengembangan materi mutu pelayanan dalam pendidikan tenaga kesehatan
- Perbaiki sistem mutu di RS: Membuat perubahan sistem mutu yang terkelola serta dipahami dan disepakati oleh pemilik, direksi, SDM klinis dan semua staf
- Perubahan membutuhkan pemimpin-pemimpin di berbagai tingkat: di lingkungan eksternal rumah sakit, di dalam rumah sakit dan pemimpin dalam proses klinis. Rumah sakit dan lingkungan eksternal rumah sakit mengidentifikasi calon pemimpin secara proaktif, mengembangkan kompetensi kepemimpinan di berbagai tingkat di rumah sakit dan sektor pelayanan kesehatan. Pelatihan kepemimpinan rumah sakit perlu dikembangkan oleh berbagai pihak.

2. Pertumbuhan rumah sakit mengalami perkembangan yang pesat disertai dengan peningkatan perdagangan obat. Hal ini seharusnya meningkatkan keterjangkauan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan tanpa memandang status sosial ekonomi, wilayah tempat tinggal dan karakteristik masyarakat lainnya. Di lain pihak, masyarakat sebagai pengguna pelayanan kesehatan masih banyak menyampaikan keluhannya dan terdapat fakta-fakta yang menunjukkan perbedaan perlakuan kepada pasien. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kekuatan tawar pengguna pelayanan kesehatan masih lemah, ketersediaan substitusi produk pelayanan kesehatan kecil, hambatan memasuki industri pelayanan kesehatan masih besar, penyedia pelayanan kesehatan memiliki posisi tawar yang tinggi.

Rekomendasi:

Kementerian Kesehatan dan rumah sakit mereview kembali kebijakan-kebijakannya, terutama yang terkait dengan tarif pelayanan rumah sakit, obat dan formularium obat rumah sakit, rujukan pelayanan medik dan penunjang medik untuk meminimalkan perbedaan perlakuan kepada pasien yang diakibatkan oleh kebijakan tersebut.

6. Strategi komunikasi kepada klinisi dan manajer rumah sakit untuk implementasi *patient-centered care*

Klinisi (dokter, perawat, bidan, dan tenaga klinis lainnya) merupakan garda depan dalam memberikan pelayanan langsung kepada pasien, keluarga dan masyarakat. Proses interaksi antara tim klinisi (pemberi pelayanan) dengan pasien (tingkat mikro pelayanan) akan menentukan *outcome* klinis pelayanan yang diterima oleh pasien, termasuk kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diterima. Selain *outcome* klinis, interaksi tim klinisi dengan pasien juga menghasilkan biaya pelayanan, baik yang ditanggung oleh pasien ataupun pihak asuransi pelayanan kesehatan. Kedua hal tersebut (*outcome* klinis dan biaya pelayanan) merupakan *core-business* rumah sakit, yang didukung oleh peran para manajer dan manajer klinis rumah sakit.

Dalam kesehariannya, klinisi mempunyai kesibukan yang tinggi, yang seringkali membatasi kesempatan bagi manajer dan manajer klinis untuk berkomunikasi. Selain tantangan waktu, bahasa yang digunakan oleh para manajer-manajer klinis dan tim klinisi pun dapat mempunyai interpretasi yang berbeda. Sebagai ilustrasi, ketika mengkomunikasikan pentingnya *patient-centered care*, mungkin para klinisi akan berpikir “Bukannya apa yang kami lakukan setiap hari ini memang seluruhnya untuk keselamatan dan kepentingan pasien?” Sedangkan para manajer dan manajer-klinis rumah sakit juga dapat berpikir “Ah itu kan tugas mereka yang memberikan pelayanan ke pasien”. Sesi ini membahas bagaimana strategi mengkomunikasikan *patient-centered care* secara efektif ke para klinisi di rumah sakit.

Moderator: DR. Dr. Susilowati., MKes (MMR, FK-UGM)

Pembicara:

Strategi berkomunikasi dengan klinisi: Teknik Komunikasi, *Role Model*, dan *Action*, **Dr. dr. Fathema Djan Rachmat, Sp.B, Sp.BTKV (K)** (Pendiri Pelayanan Jantung Terpadu RS. Cipto Mangunkusumo)

Pembahas:

1. **Dr. Kusmedi Prihanto, Sp.BO, M.Kes** (Direktur RS Tarakan, Jakarta)
2. **Dr. Pudji Sri Rasmiati, Sp.B, MPH** (Direktur Pelayanan Medik, RS Bethesda)

Pembelajaran dan Rekomendasi

1. Perubahan organisasi menuju mutu dan keselamatan pasien di RS Cipto Mangunkusumo (RSCM) dilakukan melalui empat tahapan utama, yaitu *The chasm*, *Re-design*, *The Steps and Ongoing Reformation*. Pada tahap pertama (*The chasm*), *quality gap* diidentifikasi menggunakan beberapa *tools*, seperti *self-audit*, *internal regulation*, *external audit* dengan sertifikasi ISO dan analisis gap terhadap standar internasional JCI. Meskipun RSCM memiliki reputasi nasional, berbagai tantangan juga dihadapi oleh rumah sakit ini, antara lain sebagai *ultra-complex organization*, *teaching hospital*, SDM dengan mind-set dan paradigma lama. Oleh karenanya perlu dilakukan perubahan. Pada tahap Re-design,

digunakan tiga piranti utama yaitu *Balanced-score card*, sertifikasi ISO-akreditasi JCI dan transformasi budaya dan dilakukan *redesign* mengikuti *10 rules of re-design*. Hasil *redesign* adalah 1932 dokumen baru, *redesign* komunikasi vertikal-horizontaonal dan tanggungjawab bersama, *redesign* pendekatan tim untuk *quality improvement*. Setelah itu diikuti tahap ketiga (*The Steps*), berupa intervensi untuk implementasi di tingkat corporate, tingkat Unit (beserta sub unit dan *frontliners*) serta di tingkat Departemen (beserta divisi dan staf). Telah dilakukan kegiatan dengan filosofi "*get-fun*" untuk memenuhi persyaratan dalam standar internasional JCI. Pada tahap terakhir (Ongoing Transformation), dilakukan monitoring pencapaian berbagai pengukuran, dengan menetapkan tujuan *re-design*, yaitu: (1) *Safe*; (2) Efektif; (3) *Patient-centered*; (4) *Timely*; (5) *Efficient*; dan (6) *Equitable*.

Rekomendasi:

- Pemimpin rumah sakit perlu terlibat secara langsung (bukan hanya berkomitmen) dalam membangun perubahan menuju budaya mutu dan keselamatan pasien sangatlah penting. Dengan demikian dapat bukti komitmen dapat ditunjukkan melalui keterlibatan aktif pimpinan dalam berbagai kegiatan untuk membangun perubahan menuju budaya mutu dan keselamatan pasien.
 - Pemimpin rumah sakit perlu melakukan monitoring perubahan, dengan dikembangkan indikator di tingkat korporate rumah sakit, unit (satuan kerja) dan departemen, menggunakan konsep *balanced-score card* dan *key performance indicator*. Dengan demikian komunikasi selalu menggunakan data.
 - Dalam melakukan perubahan di rumah sakit, lebih baik menggunakan strategi perubahan kecil dan terencana yang dilakukan terus menerus ke seluruh elemen rumah sakit. Selain itu juga pemimpin di dalam rumah sakit harus mengapresiasi pencapaian sekecil apapun dalam setiap kesempatan, menerapkan *tracer-PDCA* secara berkesinambungan, dan terus menerus melakukan edukasi untuk mendorong implementasi.
 - Dengan pengalaman RSCM (dan RS Sanglah) dalam *mock survey JCI*, Kementerian Kesehatan dapat memfasilitasi pembelajaran rumah sakit lain yang telah ditunjuk untuk akreditasi internasional JCI melalui forum pertemuan yang menghadirkan tim rumah sakit yang ditunjuk serta meminta rumah sakit yang telah menjalani *mock survey* untuk *sharing* pembelajarannya.
2. Keterlibatan (*engagement*) klinisi dalam berbagai tingkatan, mulai dari tingkat pasien/masyarakat, pelayanan klinis, organisasi dan lingkungan eksternal sangat penting untuk dikembangkan, menggunakan berbagai tools. Di tingkat pasien/masyarakat, peran klinisi dalam memberikan kepuasan kepada pasien serta meminimalkan keluhan pasien. Piranti pengukuran kepuasan dan keluhan pasien, komunikasi yang terbuka untuk meningkatkan partisipasi pasien dalam proses pelayanan sangat penting. Pada tingkat pelayanan klinis, peran klinisi sangat utama dalam pengembangan *clinical guidelines*, *clinical pathway*, *clinical audit*, *implementasi safe surgery check list*, dan kegiatan lainnya. Pada tingkat organisasi dan lingkungan eksternal, keterlibatan klinisi dalam memenuhi standar akreditasi nasional dan internasional yang mengacu pada *patient-centered care* merupakan kunci keberhasilan implementasi standar. Selain itu, perencanaan rumah sakit dapat dikembangkan dengan komunikasi yang kuat dengan

klinisi melalui *clinical strategic planning*. Dengan demikian komunikasi dengan klinisi dikembangkan dalam berbagai tingkatan dalam organisasi rumah sakit.

Rekomendasi:

- Kemampuan manajer dan direksi untuk berkomunikasi dengan klinisi secara efektif pada berbagai tingkatan mulai dari tingkat pasien/masyarakat, pelayanan klinis, organisasi dan lingkungan eksternal sangat penting dimiliki.
- Proses pendidikan pascasarjana perumahsakitian dapat mengembangkan kompetensi berkomunikasi dengan klinisi dengan menyelenggarakan sesi pembelajaran bersama antara peserta S2 rumah sakit dengan peserta pendidikan spesialisasi dan sub-spesialisasi.

7. Desain fisik dan disain pelayanan sebagai pendukung utama penerapan *Patient-centered Care*

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan tentu saja memerlukan wadah kegiatan yang sering kali kita pahami sebagai bangunan rumah sakit. Sebagai wadah kegiatan tentu saja bangunan ini harus dapat mewadahi kegiatan yang ada beserta tuntutan dari kegiatan pelayanan tersebut. Tuntutan dari kegiatan tersebut adalah memberikan keselamatan bagi pasien dan keluarganya. Dengan demikian bangunan yang menjadi bangunan rumahsakit adalah bangunan yang mendukung implementasi keselamatan pasien. Untuk menterjemahkan konsep ini bukanlah hal yang mudah. Berbagai aturan harus di terapkan dan didukung dengan kebijakan kebijakan baik dari pemerintah maupun dari organisasi profesi

Moderator: Ni Luh Putu Eka Andayani, SKM, MKes (MMR dan PMPK, Divisi rumah sakit FK-UGM)

Pembicara:

1. Desain fisik untuk menciptakan *patient-centered care* : Evidence-based Design, **Dyah Permata Kurnia Dewi, ST, M.Kes** (MMR FK-UGM)
2. Integrasi desain fisik dan pelayanan di Eka Hospital, **dr. Esther Nurima, MARS** (DirekturPengelola Korporat Eka Hospital)

Pembahas:

Konsep dan implementasi *Green Hospital* diIndonesia, **Prof . dr. Hari Kusnanto, MSc., DrPH** (Ketua Pusat Studi Lingkungan Hidup UGM)

Pembelajaran dan Rekomendasi

1. Desain fisik rumah sakit saat ini berkembang cukup pesat dan kontribusinya terhadap keselamatan pasien, dalam hal ini kejadian yang tidak diharapkan dan pencegahannya, juga telah dibuktikan (*Evidence-based design*). Sebagai contoh pasien terjatuh karena lantai licin, perbaikan lantai ataupun kontribusi lokasi pemasangan wastafel yang tidak tepat yang mengakibatkan infeksi nosokomial. Desain fisik sangat berpengaruh terhadap keselamatan pasien.

Rekomendasi:

- Kementerian Kesehatan mengembangkan mekanisme yang merupakan pra-syarat bagi perencana-perencana bangunan rumah sakit (registrasi perencana, kursus wajib dll, daftar perencana yang direkomendasi), sehingga para perencana memahami standar bangunan RS dan safetynya. Dengan standar akreditasi rumah sakit Indonesia yang menerapkan standar JCI, maka facility management and safety merupakan persyaratan yang harus dipenuhi, baik dalam pendirian maupun renovasi bangunan rumah sakit. Hal ini dapat dilakukan bekerja sama dengan institusi pendidikan, asosiasi profesi para perencana, dll.

- Kementerian Kesehatan dapat mengembangkan *prototype* model RS klas C dan D sebagai desain dasar rumah sakit.
 - Manajer sarana dan prasarana rumah sakit melakukan pengembangan pelatihan berkelanjutan mengenai *evidence-based design* rumah sakit.
2. Para perencana rumah sakit di luar negeri saat ini telah banyak mengacu pada penerapan *evidence-based design* sebagai salah satu proses perencanaan berkolaborasi dengan manajer rumah sakit menggunakan bukti-bukti ilmiah atau informasi yang akurat untuk menentukan desain rumah sakit. Selain mempertimbangkan konsep *physical safety*, desain rumah sakit juga harus menyesuaikan dengan perkembangan pelayanan dan visi rumah sakit.

Rekomendasi:

- Pihak perencana bangunan rumah sakit mempelajari persyaratan terinci bangunan rumah sakit, yang berbeda dengan bangunan gedung pada umumnya. Peruntukan bangunan rumah sakit harus sudah sejak awal dirancang untuk pelayanan rumah sakit. Pengalihan fungsi bangunan umum menjadi bangunan rumah sakit serta perijinan rumah sakit memerlukan proses yang memastikan bahwa pendirian rumah sakit mentaati peraturan yang telah tersedia di Indonesia dan mengutamakan *physical safety*.
 - Pihak RS mampu memilih perencana bangunan RS yang tepat, yang memahami *physical safety*.
 - Institusi pendidikan menyelenggarakan penelitian dan pelatihan berkelanjutan dengan sasaran manajer RS khususnya yang mengelola sarana dan prasarana serta para perencana bangunan RS.
3. Pemanfaatan tenaga matahari dan angin menjadi cukup penting untuk mendukung bangunan ramah lingkungan dan mengefisienkan biaya operasional rumah sakit. Desain rumah sakit juga harus memperhatikan bahan yang digunakan serta perlindungan lingkungannya. Jangan sampai bangunan rs ini akan berdampak buruk kepada lingkungannya.

Rekomendasi:

- Berbagai pihak melakukan pengkajian pengembangan dan penerapan *green hospital* untuk rumah sakit di Indonesia serta standar dan pedoman bangunan rumah sakit yang mengarah pada *green hospital*.
- Institusi pendidikan mengembangkan penelitian-penelitian operasional untuk memperkuat kajian bangunan rumah sakit dan material rumah sakit yang berpengaruh positif terhadap lingkungannya.

8. Membangun Jejaring Kerjasama Nasional dan Internasional dalam Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan

Setiap rumah sakit telah memahami pentingnya melakukan upaya untuk perbaikan mutu pelayanan. Meskipun demikian, tidak seluruh rumah sakit berhasil melakukannya. Jejaring kerjasama antara berbagai komponen dan pihak yang memiliki visi yang sama untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien merupakan sebuah strategi yang dikembangkan untuk mendukung upaya perbaikan mutu yang dilakukan secara individual oleh rumah sakit. Dengan dukungan jejaring, diharapkan hasil dan pembelajaran mengenai upaya perbaikan mutu dapat dilakukan secara kolektif oleh sekelompok rumah sakit.

Sesi ini membahas pengalaman jejaring nasional yang dikembangkan oleh IHQN, Siloam Group, PDMMI, RSA serta jejaring internasional dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

Moderator: dr. Viera Wardhani, M.Kes (MMRS, Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya)

Pembicara :

1. Pengalaman IHQN dalam membangun jejaring kerjasama nasional dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan, **dr. Hanevi Djasri, MARS** (*Indonesian Healthcare Quality Network/IHQN*)
2. Membangun jejaring kerjasama dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan : pengalaman internasional, **Dr. Krishna Hort** (Nossal Institute, Melbourne)

Pembahas :

1. Pengembangan RSA di Indonesia : Apakah akan berbasis pada konsep jejaring? **Dr. Drs. Syahrir A. Pasinringi, MS** (MARS FKM-Unhas dan Direktur Umum, Keuangan & SDM Rumah Sakit Akademik Universitas Hasanudin)
2. Pengembangan Jejaring RS Siloam di Indonesia, **Dr. Grace Frelita** (Corporate Siloam Group)
3. Pengalaman PDMMI membangun jejaring kerjasama Nasional dalam peningkatan mutu pelayanan klinis, **Dr. dr. Meliana Zailani, MARS** (Persatuan Dokter Manajer Medik Indonesia)

Pembelajaran dan Rekomendasi

Membangun Jejaring Kerjasama Nasional dan Internasional dalam Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan -- dr. Hanevi

1. Pentingnya networking

Masyarakat dan teknologi membuat *networking* menjadi gaya hidup dalam berorganisasi dan hubungan antar manusia dan Untuk mencari ide baru atau mengatasi masalah sulit diperlukan interaksi antar berbagai tipe pengetahuan dan cara pandang. Termasuk di dalamnya dalam rangka pengembangan mutu pelayanan kesehatan di

rumah sakit. Salah satu jenis *networking* pengembangan mutu pelayanan kesehatan adalah IHQN. Sebuah jejaring informal *not for profit* yang bertujuan untuk menjalin kerja sama dengan berbagai pihak yang memiliki kepedulian dan tekad untuk mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman dan efisien

Rekomendasi:

- Memahami bahwa di era globalisasi, dimana semua informasi ini dapat dengan mudah di peroleh dan di berikan memaksa kita untuk merubah paradigma bahwa belajar bersama dengan menjalin *networking* adalah yang terbaik dalam rangka peningkatan mutu pelayanan kesehatan. *Sharing* informasi dan pengalaman dapat dijadikan ajang untuk belajar yang sangat efisien

2. Kerja sama Internasional

Mengembangkan kerjasama Internasional untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Dalam pengembangan mutu pelayanan kesehatan, tidak hanya memerlukan pengembangan di dalam organisasi saja, namun peran lembaga regulasi juga sangat penting untuk menjamin kesinambungan pelaksanaan pengembangan penjaminan mutu. Salah satu upaya untuk memaksimalkan lembaga regulator ini dengan cara kaji banding dengan negara yang dipandang memiliki lembaga regulator yang cukup maksimal perannya.

Salah satu kaji banding yang telah dilakukan adalah kaji banding ke *Ausaid* melalui program ALA yang bertujuan Memperkokoh penerapan program Akreditasi RS di Indonesia dengan meningkatkan peran Dinkes provinsi dalam rangka mencapai target pemerintah 2014. Hasil yang di peroleh Kebijakan pembangunan sistem akreditasi berdasarkan evaluasi dan kajian sistematis.

- a. Lembaga independen sebagai pemimpin dan koordinator program keselamatan pasien dan mutu pelayanan
- b. Lembaga regulasi untuk mengawasi proses akreditasi
- c. Keterlibatan pemerintah di tingkat nasional dan bagian negara
- d. Akreditasi sebagai bagian serta pendorong peningkatan mutu pelayanan, bukan sebagai tujuan
- e. Perlunya bahan / materi / petunjuk mendukung penerapan standar
- f. Perlunya akuntabilitas yang jelas terhadap kinerja RS
- g. Mutu program akreditasi sangat tergantung pada kompetensi para surveior
- h. Penggunaan IT secara maksimal
- i. Benchmark nasional kinerja RS sebagai dasar perbandingan
- j. Mutu untuk semua termasuk orang penyandang cacat

Rekomendasi:

- Bagi lembaga regulator dan pelayanan kesehatan untuk makin mengembangkan kemampuannya dan memaksimalkan perannya, melakukan kerjasama dengan luar negeri atau lembaga yang lebih *advance* merupakan salah satu pilihan. Dan tentu

saja sebelumnya dimulai dari membangun pola pikir yang maju, menerima masukan dari pihak lain dan berfikir positif

3. Pembelajaran dari Networking RSA Makasar

Sering ditemukan terjadinya paradoks antara teori dengan kondisi riil. Hal tersebut juga di rasakan oleh RSA Unhas. Posisi saat ini RSA Unhas tidak berada dibawah FK Unhas, sehingga memungkinkan untuk semua pihak dapat belajar di RSA Unhas, hal ini tentu saja memberikan nilai positif untuk RSA Unhas agar lebih berkembang dan memberikan keleluasaan pada berbagai pihak yang ingin berkembang dengan melihat atau belajar bersama dengan RSA Unhas ini. Untuk menangkap peluang tersebut RSA Unhas menerapkan sistem belajar multi disiplin (Praktik dilakukan secara bersama-sama antar disiplin ilmu). Dewasa ini banyak berkembang paradigma bahwa antar rumah sakit adalah pesaing dan potensi konfliknya akan tinggi padahal belum tentu demikian. RSA Unhas dan RS Wahidin sebagai rumah sakit pendidiknya Unhas berada dalam posisi berdampingan, untuk menghindari terjadinya konflik antara 2 rumah sakit, maka dilakukan pembicaraan bersama untuk rencana pengembangan unggulan masing-masing rumah sakit. Tantangan berikutnya dalam pengembangan rumah sakit adalah merubah paradigma di masyarakat yang menganggap bahwa rs pendidikan menjadikan pasien sebagai bahan percobaan. Dari sisi kelembagaan RSA Unhas ini menghadapi tantangan yaitu terjadi kerancuan status mengingat RSA Unhas berstatus BLU sementara itu saat ini berada dibawah Unhas (BLU) apakah memungkinkan terbentuk BLU di bawah BLU?

Rekomendasi:

- Bagi rumah sakit diharapkan memperbaiki struktur kelembagaan rumah sakit agar memberikan kepastian hukum, keleluasaan bergerak dan bekerja sama
- Membangun jejaring dengan sesama rumah sakit dengan mengedepankan perbaikan mutu pelayanan dengan prinsip saling menguntungkan

4. Pembelajaran dari RS Siloam

Menyelenggarakan rumah sakit yang aman bagi pasien, bermutu tinggi apalagi ber standar internasional bukanlah hal yang mudah. Terlebih lagi keinginan RS Siloam untuk memberikan pelayanan kesehatan yang merata namun di sisi lain RS Siloam adalah rumah sakit swasta yang tidak mau mengenal kata "rugi" membutuhkan berbagai perjuangan dan terobosan baru. Salah satunya dengan mengembangkan sistem jejaring yang memungkinkan adanya efisiensi di berbagai sektor. Seperti memaksimalkan utilisasi alat alat diagnostic canggih, skill tenaga yang lebih bagus sehingga efisien di sisi tenaga kerja dan pengadaan yang terpusat yang akan menekan cost.

Rekomendasi :

- Efisiensi di dapat tidak hanya dengan pemantauan penggunaan namun juga pada proses pengadaannya. Pengadaan bersama sama akan menekan biaya pengadaan dan pemanfaatan discount volume dapat di terapkan

5. Pembelajaran dari PDMMI

Kerjasama dan *networking* tidak hanya untuk lembaga saja namun dalam hal pengembangan kemampuan profesionalitas tenaga kesehatan juga di perlukan. Salah satunya pada PDMMI sebagai organisasi yang mewadahi seluruh dokter umum dan spesialis yang berminat dalam bidang manajemen klinis organisasi profesi Dokter Manajemen Medik di bawah IDI. Mendorong peningkatan kemampuan manajerial pada profesional medik dalam *clinical governance*, meningkatkan akuntabilitas pelayanan medis melalui Kedokteran Berbasis Bukti (*Evidence based Medicine*) dan mengembangkan profesionalisme secara berkesinambungan/ berkelanjutan. Di harapkan dengan peningkatan kompetensi manajemen medik akan berujung pada peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Untuk mencapai tujuan tersebut, PDMMI bekerja sama lintas sektoral dengan berbagai macam lembaga dari organisasi profesi, organisasi mutu kesehatan, dll. Kegiatan yang telah dilaksanakan antara lain pelatihan audit medik, pelatihan manajemen kamar operasi, sosialisasi *clinical governance* dan manajemen medik.

Rekomendasi:

- Para profesional di bidang kesehatan disarankan semaksimal mungkin dapat memanfaatkan berbagai organisasi di bidang kesehatan sebagai wadah up dating keilmuan dan penambahan skill dalam rangka pengembangan kemampuan diri dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan

9. Penutup

Sebagai penutup acara seminar ilmiah, sesi terakhir ini akan memberikan prediksi masa depan mengenai kebutuhan sinergi pengembangan rumah sakit dan kompetensi dalam pendidikan manajer-manajer klinis di rumah sakit dari perspektif bisnis pelayanan kesehatan. Menghadapi tantangan kompetisi dengan rumah sakit yang dikembangkan menggunakan konsep jejaring, rumah sakit berstandar internasional, didukung oleh pengembangan sistem informasi dengan *open-sources* serta sistem supply chain yang efisien, maka prinsip-prinsip manajemen baru yang dibangun atas dasar paradigma baru akan menjadi kunci keberhasilan rumah sakit masa depan: customer value strategy, continuous improvement, cross-functional team dan employee empowerment. Rumah sakit perlu dikelola dengan prinsip-prinsip manajemen yang sesuai dengan jamannya. Isu utamanya adalah bagaimana rumah sakit memilih personalianya untuk memegang peran sebagai manajer dan bagaimana reskilling manajer dapat didesain secara efektif agar manajer rumah sakit kompeten untuk mengelola rumah sakit?

Moderator: Prof. dr. Adi Utarini MSc, MPH, PhD (MMR-UGM)

Pembicara:

Trend watching sinergi pengembangan rumah sakit dan pendidikan manajer-manajer klinis di rumah sakit, **Drs. Mulyadi, MSc. Akt** (Fakultas Ekonomika dan Bisnis, dan MMR-UGM)

Pembelajaran dan Rekomendasi

1. *"Business is like an automobile; it won't run by itself, except downhill"* (Unknown). Oleh karenanya perlu perombakan dalam keterampilan manajerial (meliputi mindset, toolset dan skills-set). Pendidikan bagi para manajer rumah sakit harus mampu melakukan perombakan tersebut, sesuai dengan karakteristik era informasi dan revolusi manajemen pada abad 21.

Rekomendasi:

- Keterampilan manajerial merupakan bagian penting dalam pendidikan pascasarjana perumahsakitian untuk mempersiapkan para manajer dan manajer klinis. Institusi pendidikan penyelenggara S2 perumahsakitian dan forum komunikasi institusi pendidikan pascasarjana perumahsakitian mereview kurikulum dan proses pembelajaran mengenai keterampilan manajerial.
2. Reskilling manajer rumah sakit sangat diperlukan oleh RS mempunyai keterbatasan dalam memilih personil yang diberi peran sebagai manajer dan dalam mengembangkan keterampilan manajerial para manajernya. Manajer dipilih bukan oleh karena memiliki kompetensi untuk melakukan fungsi manajerial dengan baik, akan tetapi karena memiliki keterampilan teknis di bidang tertentu (misalnya seorang ahli gizi, dipilih sebagai manajer instalasi gizi rumah sakit) ataupun dianggap mempunyai karakteristik kepribadian yang baik. Pelatihan untuk mengembangkan kompetensi keterampilan manajerial jarang dilakukan oleh rumah sakit. Rumah sakit lebih sering mengirimkan manajer untuk mengikuti seminar atau pelatihan mengenai topik lain. Apabila tersedia

pelatihan keterampilan manajerial, maka pada umumnya tidak menggunakan kerangka acuan tertentu sehingga tidak menghasilkan kompetensi tertentu. Kerangka acuan dapat mengacu pada tiga model, yaitu: pengelolaan proses bisnis dan organisasi, pemicuan dan pengelolaan perubahan serta pengelolaan sisi bayangan organisasi. Pendekatan yang digunakan dalam proses pembelajaran dapat berupa *process skills approach* dan *content approach*.

Rekomendasi:

- Rumah sakit, asosiasi rumah sakit, institusi pendidikan dapat mengembangkan program *reskilling* manajer untuk meningkatkan kompetensi manajer dan manajer klinis di rumah sakit.
- Forum komunikasi onstitusi pendidikan pascasarjana perumahsakitian memberikan penekanan pada aspek keterampilan manajer dengan cara mengintegrasikannya dalam domain komunikasi serta membahas proses pembelajaran yang tepat.