

International Forum on Quality and Safety in Healthcare Paris, 17 – 20 April 2012

Oleh : Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc., PhD

Laporan ini ditulis secara harian dengan menggunakan perspektif apa yang terjadi di Indonesia dalam konteks perkembangan ilmu di pertemuan tersebut. Metode penulisan melalui refleksi materi yang ada di pertemuan, dalam konteks keadaan di Indonesia. Refleksi ini bersifat subyektif.

Pada hari Rabu tanggal 18 April 2012, Pertemuan ke 17 International Forum on Quality and Safety in Healthcare dibuka di Paris. Peserta pertemuan ada 2700 org dari 76 negara.



Dalam pertemuan ini dilakukan penggunaan model mengikuti seminar remote area di Jepang, Selandia Baru dan berbagai tempat lain. Topik besar pertemuan ini adalah Solutions for Tough Times. Mengapa tema ini dipakai? Hal ini disebabkan fakta bahwa di negara-negara maju, khususnya di Eropa saat ini sedang dilanda krisis moneter sehingga perlu penghematan di berbagai sektor. Kesehatan termasuk di dalamnya.

Pertemuan tahun ini dibuka dengan Keynote Speaker pertama oleh Maureen Bisognano, President dan CEO Institute for Health Care Improvement. Pada intinya Maureen menyatakan bahwa pelayanan kesehatan perlu memperbaiki diri dan merubah model bekerjanya. Jangan sampai pelayanan terkotak-kotak dan berada pada silo masing-masing. Pelayanan kesehatan perlu membuka diri dan berusaha mengurangi biaya tanpa menurunkan mutu.

Lebih lanjut dinyatakan bahwa pelayanan kesehatan harus melihat ke depan dari segi pasien yang harus diperhatikan apa kebutuhan dan apa yang diperlukan, organisasi pelayanan kesehatan yang perlu diberdayakan terus menerus, dan masyarakat yang harus mengelola sistem kesehatannya dengan lebih proaktif dan memperhatikan determinan sosial kesehatan. Khusus untuk pasien, perlu diperhatikan benar adalah apa saja yang

mempengaruhi kesehatan pasien dan kebutuhannya. Disarankan agar para pasien lebih aktif untuk memperkuat diri-sendiri.

Dalam pengamatan sebagai peserta, memang isi Forum Internasional ini banyak membahas kasus-kasus di negara maju. Namun justru hal ini menarik karena sistem pelayanan kesehatan Indonesia dapat mengetahui perkembangan di negara maju sekaligus untuk meningkatkan apa yang terjadi di dalam negeri.

Setelah Keynote address 1, dilanjutkan dengan seminar paralel. Dalam rangka mengetahui lebih mendalam bagaimana manajemen perubahan dan budaya organisasi, saya memilih sesi-sesi yang terkait dengan manajemen perubahan dan budaya yang terkait dengan mutu pelayanan.

Dalam hal ini ada pembicara dari NHS Inggris yang menggambarkan bagaimana perjalanan merubah cara pandang dan peran kepemimpinan dalam pelayanan kesehatan. Perubahan di sektor kesehatan perlu menggunakan model perubahan yang terjadi di sektor lain, khususnya perubahan sosial. Tidak mungkin melakukan perubahan tanpa mengkampanyekan perlunya aksi, mengajak banyak pihak untuk melakukan perubahan, dan untuk merencanakan bagaimana cara bekerja perubahan sendiri.

Sesi ini menarik karena dilakukan oleh 3 wanita muda yang menjadi motor penggerak untuk perubahan di NHS Inggris. Kasus yang dipergunakan adalah masalah demencia yang semakin banyak terjadi di Inggris. Dalam melakukan perubahan dalam pengelolaan demencia ini ditekankan perlunya memahami berbagai stakeholders dalam jaringan demencia. Susunan stakeholders tentunya banyak, dan tidak hanya dari sektor kesehatan saja. Para stakeholder ini yang akan menangani perubahan secara menyeluruh.

Ditekankan bahwa penggunaan model stakeholders dalam jaringan ini membutuhkan komitmen dari para pelaku. Komitmen ini akan memberikan passion dari para pelaku. Disamping itu perubahan perlu mempunyai kepemimpinan yang kuat dari nasional sampai ke dalam pelayanan sehari-hari.

Kasus demencia ini sangat menarik apabila konsep manajemen perubahannya diaplikasikan di Indonesia. Salahsatu hal yang saat ini sedang dikerjakan di Indonesia adalah bagaimana mengurangi kematian ibu dan bayi (indikator MDG) melalui perbaikan mutu pelayanan kesehatan ibu dan anak. Terlihat bahwa apa yang dikerjakan di Indonesia dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak ternyata mempunyai konsep yang sama dengan apa yang dilakukan di Inggris dengan kasus demencia. Pendekatannya sama dimana dimulai dari perubahan cara pandang stakeholders mengenai pelayanan kesehatan (Lihat policy paper untuk pelayanan kesehatan ibu dan anak) yang mengacu ke kegiatan kesehatan dan pelayanan di hulu (di masyarakat) dan di hilir (di puskesmas dan rumahsakit).

Jika dibandingkan terlihat ada prinsip-prinsip yang sama yaitu sasaran perubahan harus jelas, tidak abu abu dan dapat terukur. Perubahan ini perlu ada dukungan dari seluruh stakeholders, dan masing-masing mengembangkan komitmen sesuai tugas dan peran masing-masing. Ditegaskan bahwa program harus mengambil keuntungan dari anggota jaringan yang mempunyai kekuatan masing-masing.

Dalam sesi ini Helen Bevan dari BMJ menutup dengan pernyataan bahwa ada paradigma baru dalam manajemen perubahan di sektor kesehatan, yaitu:

1. Harus melakukan mobilisasi sehingga mendapatkan orang-orang yang *passion* (semangat, mempunyai kenikmatan dalam bekerja, mempunyai kepemilikan) pada tugasnya
2. Mempunyai isu yang harus diperhatikan segera
3. Mengajak banyak pihak untuk berpatisipasi
4. Perubahan tidak hanya dalam satu lembaga, tetapi seluruh sistem kesehatan termasuk yang ada di luar rumahsakit.

Paradigma baru tersebut sangat cocok untuk merubah pelayanan kesehatanibu dan anak di Indonesia agar tidak statis seperti yang ada pada saat ini.

Sesi-sesi berikutnya banyak membahas mengenai bagaimana perubahan mutu disertai dengan perubahan biaya yang masuk akal.



Sebagai pembicara kunci kedua adalah Sir Liam Donaldson dari WHO. Salahsatu inti pembicaraannya adalah bagaimana budaya mutu dapat ditingkatkan melalui berbagai kegiatan secara rinci, termasuk cara presentasi hasil laporan mutu.

Ditekankan bahwa laporan yang keliru atau kurang tepat penyampaiannya merupakan salahsatu penyebab terbakarnya pesawat ulang-alik Columbia waktu masuk kembali ke atmosfer bumi. Dalam hal ini memang disadari bahwa masalah terkait dengan budaya merupakan hal yang kompleks dan membutuhkan penanganan detil dan sistemik, bukan individual(Bersambung).

Laporan Hari Ke dua

Hari kedua dimulai dengan paparan keynote speaker. Dalam keynote ini isu yang masih relatif baru mengenai pathways dibahas dalam konteks pengalaman di Perancis. Hal ini

menarik karena ternyata di negara majupun Pathways masih menjadi isu baru yang harus terus dimonitor pelaksanaannya. Pembicaranya adalah **Jean-Luc Harausseau Chariman**, French National Authority for Health, dengan judul: Apakah pathways perlu dalam masa sulit ini?



Jean Luc mengawali presentasinya dengan menggunakan integrated care sebagai dasar pathways, prinsip-prinsip tentang kesinambungan pelayanan dan integrated care. Disebutkan bahwa banyak teori tentang Pathways namun jarang yang membahas bagaimana cara melakukan pathways ini.

Problem yang ditemui dalam pelaksanaan di sebuah daerah di Perancis adalah bahwa pathways ini ternyata sulit dipergunakan di daerah karena ada yang tidak cocok dengan local needs. Hal ini penting karena merupakan temuan penting dalam evaluasi pelaksanaan pathways yang disusun oleh para pakar.

Di Perancis pathways terutama dilakukan untuk proses penanganan masalah-masalah kronis. Pathways diberikan sampai ke dokter umum. Kegiatan evaluasi bertujuan menilai pelaksanaan dan diseminasi pathways di seluruh Perancis. Dalam evaluasi ini dinilai pula dampak klinik. Indikator yang dinilai antara lain keberhasilan mengurangi penundaan penanganan medik, rujukan ke unit neurovaskuler, penurunan tekanan darah, dan sebagainya.

Pelajaran yang didapat dari pengalaman sebuah daerah di Perancis menerapkan pathways adalah: harus ada dasar jelas, mempunyai visi yang tegas mengenai apa yang akan diperoleh, diperlukan adaptasi regional. Dan perlu ada indikator klinik. Sebagai catatan akhir adalah bahwa suksesnya pelaksanaan di sebuah daerah belum tentu seluruhnya baik di tingkat nasional.

Mengapa: Masih ada dokter yang enggan untuk berubah, cara pembayaran tidak jelas, bulti penghematan anggaran juga tidak jelas, belum adanya electronic medical record, masih kurang adaptasi lokal dan pathways belum dikelola sebagai ilmu yang dinamis. Kedepannya

perlu banyak tool, advokasi di level nasional, dan perlunya keterlibatan spesialis dan kepemimpinannya.

Refleksi ke Indonesia adalah apakah perjalanan pathways yang ada saat ini sudah pernah dievaluasi oleh pihak yang independen. Apabila di Perancis sebagai negara maju masih banyak masalah, logikanya di Indonesia masalah penyusunan sampai pelaksanaan pathways lebih besar lagi. Atau mungkin logika ini tidak berlaku; di Indonesia lebih baik. Namun diharapkan model evaluasi ini di Perancis dapat diterapkan di Indonesia sehingga dapat diketahui apakah pelaksanaannya berjalan baik atau tidak.

Setelah keynote speaker, saya memilih sesi dengan jalur Workforce and Culture serta Leadership. Pertemuan ini menarik dan sangat luas karena mempunyai 9 jalur yang dapat dipilih sesuai dengan keinginan. Pemilihan jalur ini dilakukan dengan cara mengirimkan email sebelumnya. Dengan demikian semua peserta sudah mempunyai semacam rencana pribadi. Sembilan jalur yang ada adalah:

1. Safe and reliable care
2. Better value and Lower Cost
3. Clinical Improvement
4. Transformational Change
5. Workforce and Culture
6. Patient engagement
7. Leadership
8. Primary Care
9. Technology for Improvement.

Judul topik terpilih adalah Peningkatan Kapasitas Kelembagaan yang terkait dengan Regulasi sistem kesehatan dan Budaya Organisasi dalam hubungannya dengan mutu klinik. Sesi ini membahas bagaimana sistem mutu dilakukan di Perancis dan di Swedia yang disampaikan oleh Phillipe Michel, Goran Henriks, dan Nicole Klein.

Di Perancis sebuah UU baru diterapkan di tahun 2009 yang mengatur adanya sebuah otoritas daerah yang mengawasi mengawasi mutu pelayanan kesehatan. UU ini diterapkan karena

Self-regulasi oleh asosiasi profesi saat itu dipandang tidak cukup. Hal ini memang merupakan masalah klasik di mana-mana dimana para dokter tidak begitu suka diawasi pihak lain. UU baru di tahun 2009 ini mewajibkan bagaimana melakukan perubahan sistem jaga mutu di regional. Contoh adalah sistem laporan adverse event dan pengembangan edukasi untuk pasien

Ada 3 skenario berjalannya UU Ini : (1) Ada agensi untuk regulasi regional dengan model bekerja pengawasan oleh sendiri; (2) Mengembangkan berbagai lembaga pengembangan yang independen namun bekerjasama erat dengan otoritas daerah yang mencakup jaminan mutu, safety, infeksi rs, produk kesehatan, dan sistem informasi; (3) mengembangkan lembaga independen dengan semua kegiatan di atas menjadi satu pengelolaan.

Di Swedia juga dikembangkan tata kelola untuk Quality-safety di kesehatan. Ada berbagai kegiatan menarik yang dilakukan, antara lain: Ada perbandingan terbuka antar rumahsakit dengan menggunakan model benchmarking. Kegiatan ini bekerjasama dengan perguruan tinggi. Penggunaan Evidence Based Medicine sampai National-E Health. Tantangan model tata kelola di Swedia adalah bagaimana berbagai lembaga independent dapat bekerja bersama.

Refleksi untuk Indonesia. Menarik bahwa fungsi pengawasan rumahsakit berusaha di daerahkan. Kegiatan tidak hanya dilakukan oleh pemerintah pusat. Masalah yang dihadapi di Indonesia adalah bagaimana kemampuan Dinas Kesehatan propinsi dan kabupaten untuk melakukan pengawasan mutu dan bagaimana lembaga-lembaga independen dapat dikembangkan di daerah. Tantangan ini tidak mudah dan membutuhkan kebijakan pusat dan daerah yang didukung oleh komitmen tinggi termasuk pendanaan. Jika tidak dilakukan maka dapat dikatakan bahwa di Indonesia belum ada sistem jaga mutu. Artinya adalah menjadi pasien di rumahsakit merupakan pilihan yang mempunyai risiko.

Setelah sesi pengawasan sistem dalam tingkat regional, pembicara beralih ke aspek manajemen RS yang terpengaruh oleh iklim dan budaya organisasi.

Pembicara di sesi ini adalah **Matthieu SIBE** Dari Research Group of Economics and Management in Public Health ISPED-Bordeaux University. Pokok-pokok pembicaraan mengenai perilaku bekerja, Organization Culture. Dalam sesi ini dibahas hasil penelitian mengenai hubungan antara middle management dengan Quality of Care movement dengan berbagai faktor yang mempengaruhi antara lain: Individual, Patient, and Contextual factor.

Penelitian ini mempunyai dasar pemikiran bahwa situasi rumahsakit yang dipengaruhi oleh manajemen (Managerial Organizational Context , MOC) akan mempengaruhi Quality of Care. Penelitian ini melibatkan pemahaman arti

Budaya organisasi dari Schein yang mencakup Beliefs and value sebuah organisasi, serta Climate (the mood of organization). MOC diukur dari berbagai segi antara lain: Organizational Support, Decision making process, Autonomy, Nursing doctor relationship, Nursing-nursing relationship, Conflict management, Intention to leave, Job satisfaction, Implication, sampai adanya Burnt out karyawan.

Situasi MOC ini dihubungkan dengan faktor individu dan kepatuhan pada guideline melalui penggambaran situasi klinik di beberapa sektor seperti manajemen cardiac failure, diabetes, dan nyeri. Sebagai kesimpulan disebutkan bahwa ada berbagai faktor penting yang mempengaruhi quality of care antara lain: faktor informatika, faktor manusia dan individu, dan kemampuan manajemen. Di dalam kemampuan manajemen ini mencakup support dari hirarki manajer dan adanya team-work yang baik.

Refleksi untuk Indonesia. Sesi ini menunjukkan eratnya hubungan antara pelayanan klinik dan ilmu-ilmu manajemen. Dalam hal ini mutu pelayanan merupakan pertemuan antara domain ilmu klinik dan ilmu kesehatan masyarakat khususnya kebijakan dan manajemen. Hal ini penting ditekankan karena banyak perguruan tinggi kedokteran-kesehatan di Indonesia yang tidak mempunyai kerjasama erat antara dosen/peneliti kedokteran klinis

dengan kesehatan masyarakat. Diharapkan di masa mendatang semakin banyak kerjasama antara kesehatan masyarakat dengan klinik.

Sesi siang sampai sore diisi dengan workshop kebijakan tentang Strategi Pengembangan Nasional dalam meningkatkan mutu pelayanan. Workshop ini dipimpin oleh M Rashad Massoud, Project Director, USAID Health Care Improvement Project. Workshop ini membahas mengenai pentingnya pengembangan mutu pelayanan dilakukan sejak di level nasional. Dalam workshop ditekankan mengenai kepemimpinan nasional untuk pengembangan mutu dimana Kementerian Kesehatan diharapkan ada unit yang menanggung-jawabi. Hal ini terlihat di Inggris dimana pengembangan mutu sangat kuat dikembangkan oleh NHS, Hal ini terjadi di Scotland, sementara di Amerika Serikat tidak terlalu terlihat. Dalam konteks refleksi untuk Indonesia, memang saat ini belum jelas unit mana di Kementerian Kesehatan yang mempunyai tugas untuk mengembangkan mutu pelayanan kesehatan di Indonesia. Hal ini perlu dikembangkan di Indonesia.

Refleksi keseluruhan hari ini:

Berbagai inovasi dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan tidak dapat dipisahkan dari kebijakan yang mendukung, manajemen yang baik, dan komitmen para pelaku. Dalam konteks komitmen pelaku, pengembangan mutu pelayanan kesehatan di Indonesia perlu untuk lebih memperhatikan cara pandang, budaya organisasi dan berbagai komponen yang sering terlupakan saat melakukan perubahan. Ada baiknya dilakukan studi sosiologis dan antropologis mengenai komitmen pelaku pelayanan kesehatan dan pengambilan kebijakan mengenai peningkatan mutu pelayanan kesehatan.

Laporan hari 3



Pada hari ketiga ini pendekatan Budaya Organisasi dalam safety dan quality menjadi tema pokok konferensi. Keynote speaker pertama adalah David R. Williams yang merupakan astronot (3 kali spacewalks) sekaligus sebagai dokter emergency, dan saat ini menjabat sebagai Presiden and CEO Southlake Regional Health Center and Assistant Professor of Surgery, University of Toronto.

Mengamati pembicara ini, terlihat bahwa pengelola Forum mencoba untuk menarik perhatian lebih ke aspek budaya dan membawa pembicara tidak hanya dari dunia penerbangan biasa, namun juga dari astronot yang juga menjadi dokter. Ini mencerminkan keinginan Forum untuk lebih menekankan mengenai budaya mutu. Pembicara menekankan mengenai sifat aerospace yang sangat riskan jika mempunyai kesalahan. Dan sifat ini secara penuh masuk ke budaya organisasi NASA sebagai lembaga yang mengurus perjalanan angkasa luar. Tantangan pribadi bagi dia adalah bagaimana membawa budaya ini ke lingkungan rumahsakit setelah menjalani misi ulang-alik.

Selanjutnya pembicara menerangkan mengenai bagaimana karyawan Nasa bangga menggunakan badge. Dimana mana dipakai. Merayakan budaya organisasi merupakan hal yang sangat kuat di NASA. Shared value dan ada fokus pada culture safety. Pertanyaan kritisnya adalah mengapa pada tanggal 28 Januari 1986 terjadi failure pada peluncurannya Challenger. Ini adalah kesalahan sangat fatal, dan mereka pelajari.

NASA melakukan analisis pada saat decision making peluncuran. Ada sebuah hal menarik yang ditemukan yaitu: "Normalization of Deviance". Mereka melihat bahwa ada suatu situasi dimana yang menyimpang dianggap normal. Situasi ini ternyata fatal.

Sebagian pihak di NASA percaya bahwa sulit ada kelainan di permesinan. Mesin tidak pernah gagal. Sayangnya sebagian di NASA tidak menggunakan data dari tes, namun lebih banyak eksperience. Normalization of Deviation juga terjadi saat Columbia terbakar habis pada saat re-entry ke bumi. Tapi NASA tidak menyerah dan terus melakukan perbaikan sampai penerbangan ulang-alik dihentikan.

Apakah Normalization of deviance ada di kesehatan? Ya ada dan banyak menurut pembicara. Hal ini yang perlu diperbaiki.

Kembali ke NASA. Dalam pengembangan SDM termasuk pelatihan astronot, ada yang menarik bahwa ada training untuk menjadi leader, namun juga ada training menjadi follower yang baik. Disamping itu ada penekanan luar biasa mengenai bekerja dalam satu team dan secara interprofesi. Hal-hal ini dibawanya ke kehidupan di rumahsakit dimana dilakukan pengembangan clinical leadership. Kultur yang dikembangkan adalah: Work in a team and Build Team Emotional Intelligence. Ini menyangkut kepercayaan terhadap anggota, mempunyai identitas kelompok yang kuat, mempunyai sense of group efficacy, mempunyai komitmen ke kelompok, dan mempunyai ketrampilan untuk interaksi antar perorangan yang baik.

Refleksi ke Indonesia. Pada pertemuan ini Forum berusaha merefleksikan budaya safety dan mutu tidak hanya dari penerbangan biasa, tapi sampai ke aerospace dan juga balapan formula 1. Kecenderungan ini menunjukkan bahwa mereka ingin benchmark yang lebih tinggi, yang oleh sebagian pihak mungkin dianggap berlebihan. Indonesia bagaimana? Hal ini menarik karena ternyata budaya organisasi belum banyak dipahami di rumahsakit. Masih banyak fragmentasi yang terjadi atau bahkan tidak menyadari bahwa ada satu faktor kunci besar dalam mutu dan safety yaitu budaya yang terkait erat dengan perilaku tenaga kesehatan, manajer rumahsakit, dan pemilik.

Sesi Creating a Culture of Excellence

Sesi ini diselenggarakan di Amphiteater Utama. Hal ini membuktikan bahwa budaya organisasi memang menjadi isu utama dalam peningkatan mutu dan safety di pelayanan kesehatan. Pembicaranya adalah James Anderson, Michael Dowling, Gary Kaplan, dan Andrea Kabcenell RN

Sebagai fasilitator, Andrea menyatakan bahwa budaya adalah alat strategi untuk pengembangan diri. Strategi tanpa dilandasi budaya organisasi yang kuat akan sulit berjalan. Konsep Budaya organisasi disini banyak mensitasi dari bukunya Schein. Disadari bahwa budaya organisasi tidak banyak dipakai di kesehatan. Namun sudah mulai diterapkan dengan menggunakan beberapa step kunci untuk perubahan budaya, antara lain: Menetapkan Tujuan, melakukan identifikasi perilaku yang mencerminkan budaya. Memberikan dukungan untuk perilaku yang baik dalam sistem informasi, kebijakan SDM, pelatihan, kepemimpinan, dan insentives serta peran para pemimpin yang terus mempromosikan perilaku dan pesan-pesan.

Dalam menciptakan kultur menuju ke prestasi cemerlang diperlukan katalis yang terkait dengan: Tujuan, identifikasi perilaku, struktur dan metode dalam governanc, training, incentives, rules, dan sistem mengkontrak tenaga dan peralatan. Diharapkan ada perubahan perilaku, perubahan sikap dan akhirnya perubahan iklim organisasi dan perubahan budaya. Konsep ini dijalankan oleh beberapa rumahsakit yang dibahas pada sesi ini:

James M. Anderson yang mengarahkan perubahan di RS Anak anak Cincinnati sebagai Presiden dan CEO tahun 1996 sampai 2009. Prinsip dasar yang dipergunakan adalah: RS merupakan lembaga yang sangat kompleks dan mempunyai sistem yang saling tergantung. Hanya dapat berjalan baik jika semua komponen berjalan mendekati semua.

Sebelum tahun 1996 dilakukan sebuah pembaharuan: *To be the leader in improving Child Health*. Dalam penyusunan visi ini ada terkandung pertanyaan: Mengapa tidak semua pelayanan, Apa hasil yang akan kita berikan dalam pelayanan? Dan bagaimana kita akan mengukur hasil kita?

Kemudian di tahun 1999 ada perubahan kepemimpinan: CEO dan kepala Board yang baru yang tidak mempunyai pengalaman di kesehatan namun mempunyai komitmen kuat. Saat itu yang terjadi adalah Cultur of No. Bekerja terpisah pisah seperti dalam silo silo. Tidak ada ukuran mengenai keberhasilan lembaga. Pencapaian melalui usaha individu bukan usaha kelembagaan. Struktur Organisasi tidak cocok untuk perubahan transformasional. Oleh CEO yang baru dilakukan perubahan budaya melalui Menciptakan unit usaha yang partisipatif. Dilakukan dalam pelayanan klinik seperti jantung, psikiatri, dll. Unit usaha ini:

1. Dipimpin oleh dokter dan perawat serta business leaders
2. Punya akses ke tim pemimpin senior
3. Merombak sistem kerja yang terfragmentasi dalam silo-silo

Dalam pelaksanaannya menggunakan banyak pertemuan yang terukur dan rutin terprediksi; menggunakan laporan yang berbasis temp-plate untuk aspek Keuangan dan Non Keuangan.

Menggunakan alat lainnya seperti penggunaan data real time, menyusun rencana strategis yang baik, transparansi, sistem yang reliabel, dan belajar dari industri lain yang juga high risk. Terakhir struktur organisasi harus merefleksikan prioritas dan mekanisme yang akan dilakukan, dan mendukung semangat Risk taking serta pencapaian share vision dan high aspiration.

Michael Dowling menggunakan nilai-nilai Sistem- Excellence dan Customer Focus dalam pengembangan budaya organisasi untuk peningkatan mutu pelayanan. Ciri-ciri organisasi yang besar menurut Dowling adalah selalu ingin berkembang, mempunyai semangat belajar terus menerus termasuk belajar ke industri lain, mempunyai budaya yang excellence. Dasar perubahan antara lain: pemimpin harus dapat menerangkan mengenai landscape perubahan. Landscape ini harus dipahami oleh semua karyawan, lengkap dengan tahapan proses perubahannya. Jelas mengenai tujuan perubahan; Menciptakan lingkungan yang selalu belajar. Disamping itu perubahan perlu pada SDM dengan fokus pada leadership dan kaitannya dengan pasien sebagai pengguna, mengharapkan SDM selalu saling komunikasi. Dalam pengembangan SDM perlu memperhatikan secara seksama rekrutmen, pengembangan karyawan yang berbakat, mencari pemimpin-pemimpin masa depan yang potensial, dan merencanakan suksesi kepemimpinan. Berbagai pengembangan tersebut didukung dengan perubahan struktur organisasi yang semula tidak tepat menjadi lebih mendukung. Dalam konteks pelayanan perubahan menggunakan simulasi simulasi untuk peningkatan pengalaman, agar mendapat masukan dan input.

Gary Kaplan dari Virginia Masin Medical Center USA merubah budaya dengan pendekatan Strategic Plan yang disusun dengan baik. Dalam strategic plan pasien ditempatkan di posisi yang sangat penting untuk pelayanan. Pasien sebagai pengguna. Penyusunan rencana strategis dilakukan dengan semangat perubahan yang dapat dilihat dari pernyataan visinya. Namun ternyata mengalami kesulitan dalam melakukan perubahan. Mengapa sulit sekali merubah? Ada banyak faktor, antara lain budaya organisasi yang enggarn berubah, kekurangan shared vision, harapan yang tidak sampai, merasa tidak penting dan adanya kepemimpinan yang tidak efektif.

Dari titik ini diperlukan perubahan berbagai asumsi, termasuk pemikiran lama adalah sikap dokter yang mewarisi pemikiran yang sulit diubah karena mempunyai otonomi dan ada privilege. Perlu penekanan mengenai peningkatan keselamatan dan mutu pelayanan yang memberikan pengalaman pelayanan yang baik. Oleh karena itu dalam rencana strategis diperlukan Strategic Vision yang dapat dipahami dokter dan lembaga.

Dalam proses perubahan yang dialami memang diperlukan kepemimpinan yang menetapkan arah. Pemimpin ini memberikan tanda-tanda yang mampu mengurangi ketidakpastian dan kebimbangan mengenai apa yang penting dan bagaimana cara rumahsakit bertindak. Para pemimpin di rumahsakit juga harus mampu mengangkat mereka yang distress dan menjadi sponsor perubahan.

Lebih lanjut Kaplan menyatakan bahwa pengalaman menunjukkan para pemimpin perlu menguraikan visi keberhasilan, menetapkan tujuan dengan jelas, menyediakan resources, menghilangkan penghalang-penghalang dan merayakan keberhasilan-keberhasilan yang diraih. Jika ada yang harus diberikan, para pemimpin harus mengucapkan terimakasih.

Dalam menangani masalah para pemimpin dirumahsakit harus mengatasi sendiri, mengenal dan memahami seluruh SDM serta mampu menghubungkan berbagai titik dalam jaringan kerja. Disamping itu pemimpin harus mempunyai rasa, hati yang baik dan pandangan jernih. Pengalaman menunjukkan perlu keberanian dalam mengelola dan memimpin perubahan. Pengalaman yang dapat dilihat adalah merubah staf yang skeptis pada perubahan menjadi champion.

Refleksi untuk Indonesia:

Model perubahan budaya ini menarik karena membutuhkan waktu yang cukup lama dan proses perubahan detil yang membutuhkan leadership kuat. Tidak gampang untuk mencari RS di Indonesia yang berhasil melakukan perubahan. Ada dua yang saya ketahui adalah RSD Banyumas dan RSD Tabanan. Namun perubahan budaya ini sudah lama dilakukan. Dalam konteks RS yang berada dalam situasi BLU dan Jamkesmas saat ini belum ada riset operasional mendalam mengenai perubahan budaya di RS pemerintah. Untuk RS pendidikan belum pernah dilakukan dan mungkin sangat membutuhkan perubahan budaya. Pertanyaan pentingnya adalah apakah para manajer dan konsultan manajemen rumahsakit dan mutu memperhatikan aspek budaya organisasi? Forum di negara maju sangat memperhatikan budaya organisasi. Logikanya Indonesia sebagai negara sedang berkembang mempunyai tantangan lebih besar dalam menata budaya organisasi agar dapat mendukung pelayanan yang bermutu dan aman .

Pengembangan Kepemimpinan untuk mutu

Sesi setelah makan siang membahas mengenai pengembangan kepemimpinan untuk peningkatan mutu. Sesi ini difasilitasi oleh Robert Varnam, Martin Vogel, David Labby, dan Richard Grol. Inti pembicaraan pada sesi adalah bagaimana mengawinkan antara manusia dengan teknologi. Secara praktis dapat dilihat bahwa perkembangan teknologi menghasilkan sistem pelayanan kesehatan yang semakin kompleks. Di dalam sistem yang semakin kompleks ini ada SDM yang perlu dipimpin. Tantangan ini yg dikerjakan oleh NHS Inggris selama bertahun tahun. Salahsatu toolnya adalah PDSA (Plan, Do, Study, Action). Pengkawinan antara perbaikan sistem dan leadership menjadi hal menarik karena sistem yang kompleks perlu didukung oleh leadership yang mungkin mempunyai tingkat kecanggihan yang lebih kompleks.

Dalam konteks pengembangan sistem ini, bagaimana karyawan merespon terhadap change? Yang menarik salahsatu pembicara menyatakan bhwa sebagian besar orang punya pengalaman menyenangkan tentang perubahan. Perubahan yang baikpun mungkin tidak dapat dilakukan.

Sebagai gambaran, ada kemungkinan sebuah ide brilian disampaikan ke karyawan. Tapi ternyata tidak menarik bagi sebagian besar orang. Akibatnya perubahan gagal. Intinya proses perubahan tidak dapat menghasilkan hasil kalau tidak ada dukungan dari seluruh pihak. Jadi perubahan perlu ada dukungan, penerimaan, dan partisipasi dari banyak pihak. Situasi ini yg akan membawa hasil. Dalam hal ini kultur organisasi berpengaruh.

Bagaimana hubungan perubahan sistem dengan karyawan dan pemimpinnya. Ada banyak contoh. Orang ingin ke berubah ke suatu tujuan lebih lanjut. Tapi mereka lebih khawatir tentang bagaimana perjalanan sampai ke sana.

Pertanyaan lebih detail mengapa ada proses perubahan yang gagal? Hal ini perlu dilihat dalam konteks proses. Tahap 1 dalam perubahan adalah melakukan diagnosis situasi kelembagaan yang ada saat ini. Apa yang terjadi? Bagaimana hubungan sistem dengan orang. Pada tahap ini mungkin sudah ada kegagalan.

Tahap 2 adalah bagaimana merancang design yang disengaja. Dalam hal ini menyusun visi dalam rencana strategis haruslah mendalam. Visi harus disusun dari hati. Tantangannya bagaimana mencari visi yang memberikan ilham bagi banyak pihak. Hal ini dapat dicari dari pergi ke konferensi, diskusi dengan banyak karyawan dll. Inti dari memulai disain perubahan adalah bagaimana mengajak berbagai pihak untuk melihat ke depan. Perlu menggunakan ceritera, diagram, dan gambaran. Kemudian rancangan ini dijalankan dan dipimpin dengan komitmen yang kuat. Tanpa ada desain dan visi jelas, maka perubahan dapat gagal.

Hambatan Politik dalam Peningkatan Mutu

Sesi berikutnya adalah mengenai bagaimana politik dapat menghambat pengembangan mutu. Namun sebaliknya, tekanan politik dan keterbukaan dapat meningkatkan mutu. Tema ini dipilih dalam diskusi dengan bahasan sebuah masa ketika terjadi kematian yang tinggi pada bedah jantung anak di RS Bristol Inggirs. Ternyata ada masalah didalam pelaporan safety. Pelaporan sebelumnya berlangsung tertutup, dan menjadi hal yang terkait politik. Namun kemudian ada tekanan publik untuk membuka mengapa kematian meningkat. Dengan tekanan publik ini kemudian dilakukan penyelidikan dan ternyata hasilnya menarik. Setelah penyelidikan data menunjukkan kematian menurun.

Dalam laporan kasus ini disebutkan bahwa ada masalah yang sangat besar yaitu adanya *culture of denial* (budaya menyangkal) walaupun sebagian besar staf merasakan adanya masalah dan memikirkannya. Berdasarkan pengalaman ini, selama bertahun-tahun dilakukan pengembangan untuk mengurangi kultur ini. Salahsatu kuncinya adalah keterbukaan data. Pada tahun 2010 NHS mengeluarkan kebijakan nasional mengenai monitoring. Hal ini penting untuk memantau hasil. Penilaian didasarkan pada *Hospital Standardized Mortality Ratios* yg disusun oleh Imperial College. Di dalam transparansi ini banyak pihak yang terlihat, termasuk pressure group dari kelompok masyarakat dan Independent inquiry juga ada.

Di dalam proses ini gejala *Normalization of Deviance* juga ditemukan (Lihat laporan sebelumnya). Gejala ini pada intinya ada situasi yang membiarkan dan menganggap biasa penyimpangan; mengapa kita membiarkan hal hal yang buruk, kenapa tidak diatasi. Contohnya antara lain: tidak cuci tangan dengan benar, tidak mengikuti protokol, dokumentasi buruk, menggunakan pakaian rumahsakit di rumah, dan lain sebagainya.

Normalization of deviance bisa menjadi awal dari merosotnya kelembagaan yang akhirnya menjadi gejala *organizational deviance*. Terjadi penyimpangan oleh lembaga dari hal-hal yang benar. Sebuah data menarik menunjukkan bahwa pasien yang dioperasi pada hari

Jumat mempunyai risiko kematian lebih tinggi dibanding pasien yang dioperasi hari Senin sampai Rabu. Penanganan oleh residen baru juga lebih berbahaya dibanding yang senior. Sebagai catatan: Columbia crash (kembali) berasal pada kultur buruk yang mengacuhkan adanya penyimpangan dan membiarkan.

Bagaimana mencegah *Normalization of deviance*? Apakah bisa melindungi karyawan yang menjadi peniup peluit (*whistler blower*) mengenai sesuatu yang menyimpang? Apakah perlu tekanan publik dan media? Sebagai catatan RS Bristol berubah menjadi lebih baik lagi dalam waktu duapuluh empat bulan setelah penyelidikan dilakukan.

Kunci lain adalah budaya organisasi yang dapat menangkal gejala *Normalization of Deviance*. Budaya ini antara lain menyangkut semangat untuk menyadari bahwa pekerjaan di RS sangat rentan pada error, menentang keras terjadinya normalisasi penyimpangan, dan kegiatan untuk keselamatan. Apa yg dibutuhkan? Berbagai hal dilakukan antara lain: Continuous quality control, reguler audits, menjauhkan gerakan mutu dari pengaruh buruk politisi namun tetap menggunakan politik untuk perbaikan mutu, dan publikasi data penting untuk pasien and klinisi dalam konteks pengambilan keputusan yang transparan.

Sesi Penutupan

Sesi penutupan dilakukan dengan presentasi akhir oleh Professor Donald Berwick yang sangat terkenal dalam konsep mutunya. Judulnya adalah *Towards an Ethics of Improvement*. Pidato penutupan ini dilakukan dengan pemaparan mengenai pengalaman pribadinya melakukan error dan bagaimana perasaannya.

Prof Berwick menceritakan: Pada awal tahun 70an saya menjadi dokter residen di sebuah RS di Boston.

Saya mengalami kejadian yang tdak pernah saya lupakan. Bayi yang seharusnya dapat ditolong tetapi menjadi bermasalah karena kesalahan saya. Pada awalnya saya tidak tahu mengapa salah. Mengapa ada yang salah...ternyata ada yang salah dalam melakukan transfusi....dan saya tidak memperhatikan. Saya mengakui betapa bodohnya saya...dan saya diam saja.

Senior saya yang tahu hanya menyatakan jangan sedih, banyak yang melakukan kesalahan. Waktu itu saya bingung apa yang harus saya lakukan. Saya kerjakan nothing...Dalam kasus tersebut saya merasakan ada sesuatu yang salah. Kenapa saya diam. Hal ini tidak etis. Merasakan sebuah kesalahan dan diam sebenarnya melanggar etika, tapi waktu itu saya tidak tahu harus bagaimana. Di sisi lain saya juga mengalami ketakutan tentang kesalahan ini. Dengan pengalaman ini saya mengusulkan dalam pengembangan mutu pelayanan perlu dimasukkan komponen etik. Juga pada apa yang disebut dengan waste (hal yang terbuang sia-sia) dalam pelayanan kesehatan. Banyak pemborosan saat ini yang terus akan berkembang. Tindakan medik yang tidak diperlukan atau terlalu banyak merupakan sumber pemborosan. Hal ini juga harus dikaitkan dengan etika. Kita tidak boleh membiarkan hal ini terjadi terus. Sebaiknya masuk sebagai etika.



Dalam penutup, Professor Berwick mengusulkan *An Ethics Of Improvement* yang tersusun atas:

1. *Professionals have a duty to help improve the systemes in which they work*
2. *Leaders have duty to make no 1 logical, feasible, and supported*
3. *No excuses for inaction of no 1 and no 2 are acceptable*
4. *The duty to improve encompasses safety, effectiveness, patient centeredness, timeliness, efficiency, and equity. This requires the continual reduction of waste*
5. *Those who educate professionals have a duty to prepare them for this improvement work.*

Pidato penutupan tersebut sangat mengesankan sehingga ketika selesai peserta Forum melakukan standing ovation. Panitia Forum kemudian menutup acara dan mengumumkan bahwa pertemuan tahun depan (2013) akan diselenggarakan di London.

Refleksi akhir mengikuti Forum

Sebelum mengikuti Forum di Paris ini saya sudah menyadari bahwa ini adalah Froum untuk negara maju. Hal ini terbukti dari pembicara dan peserta yang sebagian besar berasal dari negara maju. Namun juga banyak poster yang mulai berasal dari negara-negara sedang berkembang, termasuk Thailand dan Indonesia (dari saya mengenai Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak dalam program Sister Hospital NTT). Pertanyaan menariknya adalah apakah mengikuti Forum ini berguna?

Saya pribadi melihat bahwa pengelola pelayanan kesehatan di Indonesia, Kementerian Kesehatan, juga para pimpinan RS Swasta dan pemerintah di Indonesia perlu untuk mengikuti Forum ini. Mengapa? Dengan mengikuti forum ini saya dapat melihat betapa semakin majunya pengembangan mutu dan keselamatan pelayanan kesehatan di negara maju. Selama mengikuti Forum ini saya selalu bertanya: Apakah pelayanan kesehatan di Indonesia akan mampu dan akan sampai ke level negara maju dalam safety and quality ini? Apa visi Indonesia dalam pelayanan kesehatan? Ataupun kita hanya sampai pada situasi yang tidak punya visi yang harus diwujudkan?

Hal ini tentu perlu kita sikapi dalam menentukan kebijakan nasional untuk pengembangan mutu. Sebagai gambaran ada pertanyaan yang sederhana; Bagaimana strategi nasional

untuk peningkatan mutu dan safety di Indonesia. Kemudian bagaimana di level propinsi dan kabupaten? Apakah kita akan menyerahkan ke lembaga-lembaga independen dengan peran minimal negara? Atau bagaimana? Pengalaman di negara maju, saat ini NHS Inggris berperan sebagai leader dalam pengembangan mutu dan safety pelayanan kesehatan.

Ada baiknya refleksi ini dapat dibahas di Indonesia. Mutu dan keselamatan pasien ini menjadi semakin penting dalam era Jamkesmas dan SJSN. Apakah pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin akan lebih rendah mutunya dibanding bagi mereka yang mampu membayar dengan kantong sendiri? Hal ini menjadi tantangan tersendiri: bagaimana menjamin mutu bagi pasien SJSN dan Jamkesmas/Jamkesda. Apakah hal ini juga akan terkait dengan pengembangan residen sebagai tenaga kesehatan yang mempunyai kontrak dengan RS seperti yang digariskan dalam RUU Pendidikan Kedokteran? Banyak hal saling terkait yang perlu dibahas.

Dalam konteks pembahasan di Indonesia, diharapkan Jaringan Mutu Kesehatan Indonesia (*Indonesian Health Quality Network*) dapat terus berkembang untuk terus mempercepat peningkatan mutu. Kemudian untuk pertemuan di London, saya berharap bahwa ada peserta dengan jumlah cukup dari Indonesia. Pada tahun ini saya ikut dan mengambil jalur *Transformational Change, Workforce and Culture, serta Leadership*. Masih banyak jalur lain yang perlu dipelajari oleh kita, antara lain: *Safe and reliable care, Better value and Lower Cost, Clinical Improvement, Patient engagement, Primary Care, sampai Technology for Improvement*. Daftar acara dapat dilihat di website forum: <http://internationalforum.bmj.com/>. Secara keseluruhan Forum ini bagus untuk diikuti banyak pihak di Indonesia antara lain: Direktur RS, Direktur Pelayanan Medik, Ketua Komite Medik, Dokter Spesialis, Perawat Manajer, sampai ke pejabat Kementerian Kesehatan yang bertanggung-jawab pada mutu. Apabila banyak pihak yang berminat ikut, diharapkan berangkat dalam bentuk team.

Dengan mengirim peserta dalam bentuk team, diharapkan kita dapat mempelajari secara utuh (di berbagai jalur) perkembangan mutakhir tentang Mutu dan Safety dalam pelayanan kesehatan di dunia. Pengiriman team ini dapat disiapkan dengan cara ikut aktif menyusun paper atau poster untuk disajikan di Forum. Kemudian sebelum pergi ke Forum sudah menyiapkan diri dan pemahamannya. Selama mengikuti Forum diharapkan ada diskusi mendalam dengan peserta dari berbagai negara, dan dari juga sesama peserta dari Indonesia. Sementara itu pasca mengikuti Forum dapat membahas secara terpadu hasil dari berbagai jalur. Memang biaya mengikuti cukup mahal dan perlu kerjasama team. Saya menilai bahwa apabila kita yang bekerja dalam pengembangan mutu dan keselamatan pasien dapat mengikuti Forum di tahun 2013 secara team, maka kegiatan mendatang dapat disebut sebagai investasi bangsa.