

International Forum on Quality & Safety in Healthcare: Improve Quality, Reduce Costs, Save Lives



Minggu lalu, International Forum on Quality & Safety in Healthcare tahun 2013 baru saja selesai diselenggarakan oleh BMJ Group (UK) dan Institute for Healthcare Improvement (USA) di International Convention Center ExCel, London pada tanggal 16-19 April 2013. Pada tahun ini, Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FK-UGM mengirimkan **dr. Hanevi Djasri, MARS** sebagai peserta (satu-satunya dari Indonesia dari lebih 3000 peserta dari 67 negara) dan sekaligus sebagai presentan dalam Forum ini.

London, salah satu kota industri jasa keuangan terbesar dunia terkena dampak cukup besar (dan saat ini masih merasakan dampak tersebut) resesi ekonomi. Latar belakang itu yang mungkin membuat tema Forum tahun ini terkait dengan pembiayaan, yaitu meningkatkan mutu dan keselamatan namun dengan juga dengan menurunkan biaya. Sebuah tema yang juga sangat relevan dengan kondisi di Indonesia yang akan menerapkan SJSN/BPJS pada awal tahun 2014 secara penuh.

Forum ini terbagi menjadi 9 area, yaitu: Clinical Improvement; Patient Safety; Cost and Quality; Patient Engagement; Leadership; Culture; Innovation; Education; dan Transformation & Design. Setiap hari diawali dan diakhiri dengan keynote speaker yang membahas konsep dan perkembangan terkini dalam mutu pelayanan kesehatan, diikuti dengan sesi paralel untuk membahas berbagai pengalaman praktis dari negara/institusi dalam mutu pelayanan kesehatan.

Secara umum forum ini menggunakan model Rantai Efek Peningkatan Mutu dari Donald Berwick (yang juga sebagai keynote speaker dalam sesi terakhir forum ini) dimana seluruh sesi mencakup seluruh area dalam model tersebut, yaitu **patient experience – micro system – organization context – dan regulasi** dalam mutu pelayanan kesehatan. Pendekatan ini sesuai dengan berbagai jenis peserta yang hadir, banyak diantara mereka adalah para regulator (Kemenkes, Dinkes, Organisasi profesi...namun sayang tidak ada perwakilan dari Indonesia), juga hadir para pimpinan dan manajer sarana pelayanan kesehatan (CEO, Direktur RS, Pimpinan Primary care), klinisi (dokter, perawat, dan klinisi lainnya) serta perwakilan pasien/masyarakat (NGO, perguruan tinggi, dsb). Dengan menggunakan model tersebut maka seluruh kepentingan peserta terwakili dan mereka dapat mempelajari dan membangun kerjasama di antara berbagai jenis peserta.

Berikut ini adalah reportase selama tiga hari pelaksanaan forum dalam bentuk ringkasan apa yang disampaikan oleh para narasumber dan juga catatan bagi Indonesia menurut pandangan penulis (**hd**)

Reportase Hari Pertama, International Forum on Quality & Safety in Healthcare tahun 2013

oleh: **Hanevi Djasri, dr, MARS**



Forum dimulai dengan sesi **Keynote I** berjudul **“All Teach, All Learn”** yang disampaikan oleh Maureen Bisognano (President and CEO, Institute for Healthcare Improvement, USA). Beliau menyampaikan tentang pentingnya kita (klinisi, manajer, staf dan pasien) belajar dan mengajari dari satu kepada yang lain, tidak hanya klinisi mengajari pasien/keluarga atau manajer mengajari staf, tetapi juga bisa sebaliknya.

Proses “Belajar dan Mengajar” tersebut bertujuan untuk dapat memperbaiki proses pelayanan yang benar-benar fokus kepada pasien. Hal ini kemudian dianalogikan dengan cerita dalam industri penerbangan, antara maskapai penerbangan Boeing yang membangun pesawat super canggih “Dreamliner” namun kemudian mengalami kasus kebocoran baterai dengan maskapai penerbangan *Jetblue* yang mulai dari *lowcost airline* namun kemudian mampu membangun sistem pemecahan masalah (terkait dengan perubahan cuaca) sebelum masalah (cuaca) muncul dengan sistem IROPs. (www.jetblue.com)

Agar dapat memberikan pelayanan dengan fokus kepada pasien, maka sarana pelayanan kesehatan harus dapat menggunakan data dan **menggunakannya untuk memprediksikan pelayanan ke masa depan**, hal ini penting karena selama ini banyak sarana pelayanan kesehatan hanya menggunakan data untuk melihat masa lalu.

Berbagai contoh hasil dari “saling belajar” juga disampaikan oleh Bisognano, misalnya bagaimana ternyata para mahasiswa kedokteran yang pada saat co-ass tahun pertama sangat bersemangat dan memiliki empati untuk memberikan pelayanan terbaik bagi pasien, namun begitu menyadari bahwa mereka tidak memiliki wewenang (powerless karena mereka berada di “bottom of hierarchy”) maka semangat dan empati tersebut kemudian hilang pada tahun kedua dan ketiga (dan mungkin berlanjut setelah mereka menjadi dokter). Untuk mengatasi hal ini maka sarana pelayanan

kesehatan perlu mengembangkan kurikulum untuk meningkatkan empaty para prosesionalnya, IHI melalukan hal ini dengan membuat "IHI Open School").

Contoh lain terkait dengan pelayanan kesehatan bagi pasien dengan penyakit kronis, seperti diabetes bagaimana pasien tidak ingin diperlakukan sebagai orang "bodoh" karena sebenarnya bertahun-tahun dengan penyakit kronis pasien dapat lebih paham mengenai penyakitnya dari pada dokter yang merawat (apalagi dokter yang baru mulai merawatnya). Bila dihitung maka pasien dengan penyakit kronis bisa menghabiskan waktu 5.000 jam pertahun untuk mengurus penyakitnya tersebut maka tentunya akan memiliki pemahaman yang baik. Pasien penyakit kronis secara umum ingin dijelaskan "mengapa begini mengapa begitu" setiap terapi/nasehat yang diberikan oleh dokter/perawat tidak hanya diminta mematuhi tanpa diberi penjelasan.

Presentasi ditutup dengan pemutaran video dari RS Cleavland Clinic yang menyentuh hati dan mendorong kita untuk bisa memahami berbagai sudut pandang orang lain (pasien, keluarga, klinis, manajer) di sarana pelayanan kesehatan sehingga kita dapat melakukan perubahan yang hasilnya merupakan perbaikan/peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Video tersebut juga dapat diakses melalui youtube di http://www.youtube.com/watch?v=cDDWvj_q-o8

Catatan untuk Indonesia: memberikan pelayanan kesehatan dengan menggunakan pendekatan yang berorientasi pada pasien masih merupakan sesuatu yang relatif baru bagi Indonesia, umumnya orientasi utama masih bagi para provider (dokter dan sarana pelayanan kesehatan). Berbagai alasan diajukan seperti "pasien tidak mengerti" dan juga "dokter atau sarana pelayanan kesehatan terlalu banyak pasien/sibuk". Untuk merubah hal ini maka perlu ada kebijakan baik dari regulator (Kemenkes/Dinkes) atau dari pengelola sarana pelayanan kesehatan (RS atau Puskesmas). Kebijakan tersebut seperti pelaksanaan pertemuan/diskusi secara rutin dengan perwakilan pasien untuk menggali/memahami persyaratan/harapan pelanggan, tidak hanya sekedar menyebarkan kuesioner/angket kepuasan pelanggan.

Forum kemudian dibagi menjadi berbagai sesi paralel (setidaknya ada 20 sesi paralel setiap harinya). Sesi yang diikuti penulis adalah sesi:

Sesi A2: Transforming Care for Patient with Cancer. Dibawakan oleh tiga pembicara, yaitu Mats Bojestig (Swedia), Ann Driver dan Natalie Armstrong (UK). Bojestig membahas mengenai upaya meningkatkan mutu pelayanan pada pasien dengan ca colon di Swedia. Mereka telah menetapkan indikator nasional untuk penyakit tersebut, yaitu: indikator waiting time antara hasil radiologi dengan keputusan medis, indikator penerapan ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) dan juga indikator pelayanan yang "matchmaking" dengan kebutuhan pasien (terutama pasien dengan stadium 4)

Sedangkan di UK, program perbaikan mutu pelayanan pasien dengan cancer difokuskan kepada kasus ca payudara, yaitu dengan penggunaan clinical pathways dengan fokus utama untuk menurunkan LOS dengan melakukan one-day surgery pada kasus mastektomi (tanpa rekontruksi). Inovasi ini didasari karena tingginya angka waiting time, variasi LOS diantara RS dan juga keinginan pasien agar cepat kembali kerumah. Penyusunan clinical pathways mastektomi untuk breast cancer tidak sulit, namun yang sulit adalah merubah budaya, misalnya menyakinkan para dokter bahwa tidak perlu ada pemasangan drain pada kasus mastektomi tanpa rekonstruksi. Setelah 3 tahun berjalan maka pada saat ini 84% operasi tsb telah sesuai dengan clinical pathways dan LOS turun sebanyak 56% dengan clinical outcome yang tetap sama baik.

Program lain di Inggris adalah untuk lung cancer, yaitu dengan membangun apa yang disebut sebagai "clinical communities" yaitu sebuah komunitas para klinis (dokter, perawatan dan penunjang medis) untuk dapat membahas, membandingkan dan mencari solusi berbagai masalah dalam pelayanan lung cancer. Komunitas ini bertujuan untuk meningkatkan patient experience,

treatment rate hingga ke survival rate. Komunitas ini juga memiliki jejaring kerjasama yang kuat dengan pihak lain seperti pasien, manajer dan regulator.

Catatan bagi Indonesia: Sesi ini (dan juga sesi-sesi berikutnya) mengingatkan pentingnya menetapkan indikator mutu nasional bagi beberapa pelayanan penyakit penting (high cost, high risk, problem prone ataupun high volume) disebuah negara. Dengan adanya penetapan ini indikator ini maka seluruh para klinisi, manajer dan regulator dapat memfokuskan diri untuk berupaya meningkatkan mutu pelayanan penyakit tersebut, namun yang lebih penting, pengalaman dalam upaya tersebut dapat digunakan untuk penyakit-penyakit yang lain. Sebagai catatan, di Inggris, organisasi profesi (Royal College of Physician) sejak 1998 telah menetapkan berbagai fokus nasional area upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang dilakukan dengan cara melakukan baseline audit medis, melakukan improvent (melalui berbagai cara) dan melakukan re-audit medis (www.rcplondon.ac.uk). Organisasi profesi di Indonesia (terutama POGI dan IDAI dalam rangka MDG 4 dan 5) perlu juga menerapkan hal ini dengan harapan juga mendapatkan dukungan dari Kementerian Kesehatan (Direktorat Ibu dan Anak misalnya).

Sesi B2: Learn How To Use Improvement Evidence and Best Practice to Deliver Better Quality Care

dibawakan oleh Helen Morant (Head of Online Learning, BMJ Group, England) dan Peter Green (Medical Director, NHS Medway, England). Sesi ini menjelaskan bahwa diperlukan waktu rata-rata 17 tahun dari sebuah penelitian upaya peningkatan mutu untuk menjadi kegiatan yang dipraktikkan sehari-hari. Namun pada masa kini dimana informasi terkait mutu pelayanan klinis/medis bertambah banyak (setiap 5 tahun jumlahnya bertambah menjadi 2 kali lipat lebih banyak) maka diperlukan sebuah sistem informasi (manajemen dan pengetahuan). Sesi ini menjelaskan berbagai "learning tools" yang dapat menyebarkan ilmu pengetahuan secara cepat, peran dari software dalam menyediakan informasi *realtime* terkait dengan peningkatan kinerja dan langsung kepada pemberi pelayanan (point of care) dan juga pengambil keputusan (decision support) serta menyebarkannya keseluruh dunia.

Morant memberikan contoh hal tersebut diatas dalam hal penanganan stroke di Inggris, bahwa sejak terbitnya artikel penelitian (tahun 1995) tentang pentingnya pemberian streptokinase dan r-TPA bagi pasien stroke dalam waktu <90 menit, maka dibutuhkan waktu hampir 17 tahun bagi kota London untuk dapat memastikan hal tersebut terlaksana dilapangan (London merupakan kota terbaik di dunia dalam hal kecepatan pemberian r-TPA bagi pasien stroke).

Berbagai upaya dilakukan oleh Dinas Kesehatan kota London, yaitu membangun sistem pelayanan stroke yang terdiri dari penetapan berbagai jenis sarana pelayanan kesehatan yang dapat memberikan layanan stroke dalam berbagai level, menyediakan sistem telemedicine/telestroke (Zaidi, 2011), menyediakan stroke unit, membangun sistem Skynet untuk (panduan on-line dengan sistem real-time) dimana sistem ini tidak hanya memberikan guideline tetapi langsung panduan tahap demi tahap secara realtime kepada para klinisi yang sedang menangani pasien stroke (ini dapat dianalogikan dengan penggunaan peta dengan GPS oleh pengemudi mobil).

Green membahas mengenai berbagai komponen yang diperlukan dalam menerapkan berbagai evidence dalam strategi nasional, yaitu: Melibatkan banyak pihak, menggunakan berbagai strategi untuk melibatkan pihak-pihak tersebut, menggunakan pendekatan skala besar (misalnya di Mexico, *quality in healthcare* merupakan salah satu isu terpenting dalam *healthcare reform*, bersama dengan isu *equity* dan *financial*).

Green juga menjelaskan bahwa strategi utama untuk hal tersebut diatas adalah: melibatkan berbagai pihak (misalnya pertemuan rutin antara seluruh dinas kesehatan, membuat komite peningkatan mutu), pemberian insentif (misalnya ada dana untuk national quality award dan juga lulus akreditasi dasar sebagai persyaratan menerima dana), meningkatkan awarness (misalnya dengan mengadakan Forum Mutu Pelayanan Kesehatan dan berbagi seremoni lain) menyediakan

berbagai pelatihan, memberikan umpan balik (misalnya dengan membangun sistem informasi indikator mutu) dan juga membangun “civil participation”.

Catatan bagi Indonesia: Strategi serupa untuk menerapkan evidence dalam meningkatkan mutu juga sudah mulai diterapkan di Indonesia, misalnya untuk menurunkan angka kematian ibu bersalin. Telah terdapat pembahasan berbagai evidence (dari sistematik review di Lancet) mengenai upaya mencegah ibu meninggal karena perdarahan, sepsis dan pre/eklampsia, telah ada upaya untuk melatih dan menetapkan RS PONEK bagi RS yang telah memiliki kompetensi dalam memberikan layanan emergensi dan telah ada upaya membangun sistem rujukan KIA. Namun seperti yang dikatakan oleh Morant dan Green, dibutuhkan upaya yang lebih sistematis dan melibatkan banyak pihak, dimana upaya ini membutuhkan kebijakan dari Kemenkes (Direktorat Ibu) untuk bisa membuka jejaring yang lebih luas, tidak hanya terbatas pada Dinas kesehatan, RS, organisasi profesi seperti POGI, IDAI dan IBI.

Sesi C2 Implementing National Quality Indicators: Building a Team out of Rivals. Dibawakan oleh Goran Henriks, Beth Lilja dan Jason Leitch. Sesi ini menjelaskan bahwa banyak negara mengalami kesulitan dalam menetapkan dan menerapkan indikator mutu secara nasional terutama mutu pelayanan di rumah-sakit. Pada sesi ini dibahas bagaimana pengalaman dari beberapa negara (Swedia, Skotlandia dan Denmark) dalam membangun kerjasama dengan berbagai pihak bahkan juga dengan pihak yang sering berbeda pendapat (pemerintah, organisasi profesi, RS, perusahaan dan lembaga pembiayaan) untuk mendapatkan manfaat dari penerapan standar mutu nasional.

Jason Leitch (National Clinical Lead for Quality, Scottish Government, Scotland) menjelaskan bahwa di Skotlandia indikator mutu pelayanan kesehatan nasional merupakan bagian dari indikator kinerja nasional (mencakup berbagai pelayanan dan industri). Mereka menerapkan 10 prinsip utama yang juga digunakan dalam pelayanan kesehatan (www.scotlandperform.com).

Pendekatan tersebut menyediakan kerangka kerja peningkatan mutu (national performance framework) yang kemudian dijabarkan menjadi “governance purpose” lalu “high level target” dan kemudian menjadi “strategic objective” bagi masing-masing sarana pelayanan kesehatan.

Goran Henriks (Director of Learning & Innovation, Jönköping County Council, Sweden) menjelaskan bahwa di Swedia sejak desentralisasi kesehatan maka seluruh hal tentang layanan kesehatan dibandingkan antara daerah (Provinsi/Kabupaten) antara input, proses dan output semua penatalaksanaan penyakit. Perbandingan ini dimungkinkan karena Swedia telah sejak 100 tahun lalu memiliki apa yang disebut sebagai National Patient Register (NPR) yang kemudian sejak tahun 2006 ditambahkan dengan National Quality Register (NQR) yang memiliki 169 indikator pelayanan kesehatan.

Beth Lilja (Head of Department, Unit for Patient Safety, Capital Region of Denmark, Denmark) menjelaskan bahwa di Denmark awalnya indikator mutu “hanya” sekedar digunakan sebagai benchmark namun tidak terlalu banyak digunakan untuk improvement. Indikator juga tidak ditetapkan dalam skala prioritas dan biasanya ditetapkan berdasarkan konsensus (jadi harus disetujui bersama, dan ini proses yang sulit) serta bertujuan utama untuk meningkatkan jumlah pelayanan dan sekaligus menurunkan biaya.

Saat ini Denmark memiliki National Quality Indicator yang terdiri dari: System level indicators (patient experience dan HSMR), Diagnose specific indicators (terdiri dari 62 national clinical quality indicators databases); dan Special Interest Indicators (cancer and heart disease care bundles dan cancer waiting times). Lebih lanjut dari 42 dari 62 clinical indicators kemudian dimasukkan kedalam “Hospital Leadership Information System” sehingga seluruh direktur RS dapat memahami dan membandingkan pencapaian indikator klinis RS masing-masing dan RS lain diseluruh wilayah Denmark.

Catatan bagi Indonesia: Indonesia sendiri sebenarnya telah memiliki indikator mutu pelayanan kesehatan dalam Standar Pelayanan Minimal RS (SPM-RS), namun banyak kendala yang masih perlu ditangani untuk membuat SPM-RS ini menjadi sebuah (cikal bakal) sistem nasional indikator mutu pelayanan kesehatan. Perbaikan tersebut mencakup sosialisasi dan pelatihan penggunaan indikator, monitoring pengukuran dan pengumpulan data indikator, membangun kerangka kerja analisa dan perbaikan atas hasil pengukuran indikator. Kemenkes (Direktorat Penunjang) yang bertanggung jawab terhadap SPM-RS ini dapat menginisiasi hal tersebut.



Acara hari I ditutup dengan sesi **Keynote II “Achieving More with** yang disampaikan oleh Professor Devi Shetty (Rajiv Gandhi University of Medical Sciences, India and University of Minnesota Medical School, USA) dan Dr Ravindran (Chairman Avarind Eye Care System, India). Beliau berdua menyampaikan pengalaman India dalam mengembangkan layanan kelas dunia dengan keterbatasan sarana yang dimiliki.

Shetty menjelaskan mengenai upayanya membangun *world class heart center of excellent* di India, yaitu dengan melakukan berbagai upaya terobosan dan konsep-konsep baru dalam membangun RS khusus jantung yang murah namun bermutu. Konsep-konsep tersebut cukup kontroversial seperti membangun RS dengan 1000 tempat tidur khusus untuk penyakit jantung, gedung RS tidak menggunakan AC (kecuali untuk kamar operasi), memberdayakan keluarga pasien untuk turut serta dalam memberikan/mengawasi pelayanan kesehatan yang diberikan dan berbagai konsep lainnya.

Ravindran juga menyampaikan hal yang serupa namun untuk RS dan klinik mata dalam rangka berperan serta memerangi kebutaan di India. Pendekatan yang dilakukan adalah dengan membuat atau mendesain pelayanan khusus bagi para “non-customer” (pasien/masyarakat yang selama ini tidak terlayani karena hambatan biaya). Penjabaran pendekatan ini berupa antara lain: melakukan operasi katarak one day care, tanpa “waiting list” (bisa langsung datang, operasi dan pulang), mengurangi berbagai pemeriksaan yang tidak perlu, mendelegasikan berbagai pekerjaan (dokter

spesialis mata hanya melakukan pemeriksaan akhir) hingga membuat sendiri alat kesehatan dan bahan habis pakai yang diperlukan serta menerapkan subsidi silang.

Kedua pembicara ini menegaskan bahwa untuk membangun world class healthcare dengan sumber daya yang terbatas diperlukan adanya: champion, basic value, right perceptive, inovasi, mindset dan leadership.

Catatan untuk Indonesia: berbagai inisiatif sudah dilakukan oleh beberapa pihak untuk membangun sarana pelayanan kesehatan (RS) dengan target utama bagi pasien/masyarakat tidak mampu, misalnya RS tanpa kelas, RS dompet Duafa, dsb. Namun ini masih terbatas untuk menjawab masalah equity, belum dengan target menyediakan pelayanan world class. Dilain pihak beberapa RS swasta sedang berupaya membangun layanan world class, namun tentunya tidak untuk kalangan tidak mampu. Melihat kondisi ini maka perlu ada inisiatif (dapat dari Kemenkes, Dinas Kesehatan atau juga pemilik RS) untuk mereplikasi apa yang dilakukan oleh Shetty dan Ravindran, yaitu mendesain pelayanan world class bagi para “non-customer”

Reportase Hari Kedua, International Forum on Quality & Safety in Healthcare tahun 2013

oleh: **Hanevi Djasri, dr, MARS**



Forum hari kedua ini dibuka dengan **Keynote Speaker III: Stroke Care London: Large Scale Change**, dibawakan oleh Dame Ruth Carnall (Former Chief Executive, NHS, London, England). Sesi ini terkait dengan sesi B2 pada hari pertama dimana kasus yang digunakan adalah keberhasilan kota London dalam membangun sistem pelayanan terbaik di dunia bagi pasien Stroke. Pada keynote ini Carnall menjelaskan secara detail bagaimana kota London membangun sistem layanan Stroke.

Carnall menjelaskan bahwa kota London mulai mengembangkan sistem pelayanan stroke setelah hasil audit medik/klinik nasional tentang pelayanan stroke menunjukkan terdapat 12 indikator stroke yang tidak tercapai (www.rcplondon.ac.uk/stroke), lebih lanjut juga didapatkan bahwa area pasien stroke terutama dipinggir kota London, sedangkan RS yang kompeten untuk melayani pasien stroke berada di pusat kota.

Sebenarnya hasil audit medik/klinik nasional tidak hanya menempatkan stroke sebagai area prioritas, namun juga terdapat 4 area lain seperti AMI, Diabetes, Breast Cancer dan Hip Fracture) yang akan ditingkatkan mutunya pada saat itu. Hal ini ternyata menimbulkan kecemburuan bagi para pemberi layanan dibidang lain yang juga merasa bahwa beberapa penyakit/kondisi lain juga seharusnya menjadi area prioritas. Namun demikian Carnall sebagai CoE NHS London harus memutuskan area prioritas yang terbatas.

Lebih lanjut Carnall menjelaskan tantangan terberat dalam membangun sistem layanan stroke terintegrasi di kota London adalah terkait dengan aspek politis, karena sistem ini harus memperoleh persetujuan dari pemerintah dan juga DPRD kota London karena terkait dengan kebijakan dan anggaran publik (dibutuhkan waktu hingga 2 tahun untuk mendapatkan persetujuan dari para politisi tentang sistem integrasi layanan stroke).

Sedangkan mengembangkan detail sistemnya relatif lebih mudah, yaitu dengan: menetapkan dan mendistribusikan jenis layanan stroke yang dapat dilakukan oleh setiap sarana di setiap wilayah kota London, mengembangkan sistem komunikasi telepon 911 khusus untuk stroke, kampanye FAST

(Face, Arm, Speech, Time) untuk menyadarkan masyarakat pentingnya bertindak cepat dalam menghadapi kasus stroke.



Berdasarkan hasil national clinical audit tahun terakhir menunjukkan bahwa kota London telah berhasil memberikan layanan stroke terbaik sesuai standar yang ditetapkan yaitu meningkatkan akses, meningkatkan mutu dan menurunkan biaya layanan stroke.

Catatan untuk Indonesia: NHS dikatakan relatif selalu berhasil dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan yang diharapkan, ini dapat dilakukan dengan menetapkan fokus/area prioritas lalu mencurahkan seluruh sumber daya untuk area prioritas tersebut (sebagai contoh kota London yang selama 5 tahun terakhir “hanya” fokus ke lima penyakit utama. Hal ini bisa diadaptasi di Indonesia baik untuk level nasional dan daerah. Bagi level nasional, penetapan prioritas harus berdasarkan masalah kesehatan yang terjadi di hampir wilayah Indonesia, namun bagi level daerah penetapan bisa berdasarkan masalah di masing-masing wilayah, sehingga Jakarta misalnya sebagai kota metropolitan bisa menetapkan prioritas untuk penyakit degeneratif misalnya namun di daerah lain bisa menetapkan prioritas untuk penyakit infeksi.

Catatan penting lainnya adalah keterlibatan politisi dalam mendukung upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan tersebut melalui produk regulasi dan juga perencanaan kegiatan dan anggaran.

Forum kemudian dibagi menjadi berbagai sesi paralel dengan sesi yang diikuti oleh penulis adalah sebagai berikut:

Sesi D6: Learning from IHI’s 90 Days Innovation Methodology, dibawakan oleh Andrea Kabcenell, Vice President, Institute for Healthcare Improvement, USA) dan Kedar Mate (Country Director, Institute for Healthcare Improvement In South Africa). Mereka menjelaskan bahwa IHI telah memiliki sejarah panjang dalam memformulasikan solusi kreatif untuk berbagai masalah yang sulit dalam pelayanan kesehatan (misalnya Breakthrough Initiative, 1000 Live Campaign, ICU Bundle, dsb www.ihl.org). Berdasarkan pengalaman tersebut kemudian IHI mengembangkan metode cepat untuk mengidentifikasi ide inovatif, menelaah potensi keberhasilan ide tersebut dan mewujudkan ide tersebut dalam proses maupun sistem pada praktek sehari-hari.

Lebih lanjut sesi ini menjelaskan berbagai pandangan IHI tentang inovasi, antara lain perbedaan antara improvement dan inovasi, penggunaan fun theory dalam berbagai inovasi (<http://www.thefuntheory.com>), serta berbagai sumber inovasi seperti dari research, dari “lead user” seperti pasien dan front line staf, dari “disruptive innovation” dan dari “bi-directional” innovation (seperti dari negara maju ke negara berkembang namun juga bisa sebaliknya).

IHI’s 90 days innovation methodology sebenarnya hanya berupa pendekatan problem solving biasa, dengan komponen utama menetapkan masalah spesifik yang akan dipecahkan, adanya network untuk para inovator, ada penetapan lama penyelesaian (dalam hal ini 90 hari) dan setiap siklus selalu diakhiri dengan rekomendasi. IHI menyebutnya dengan 3 komponen: Scan (review, conduct interview

& select an angle) → Focus (visit, test, analysis & concept desain) → Summarize (validate, write up & handoff to projects).

Terdapat tiga inovasi utama yang ditawarkan oleh IHI, yaitu inovasi yang merupakan adopsi ide dari luar kesehatan, inovasi dalam day to day pasien, dan inovasi dalam bentuk merubah sistem lama dengan sistem baru. Lebih dari 50% dari inovasi yang ditawarkan oleh IHI berhasil diterapkan dipraktek sehari-hari, angka ini jauh lebih tinggi dari inovasi yang ada pada industri manufakturing dimana yang tidak dapat melebihi 10% (contohnya gadget IPod yang merupakan inovasi berhasil dari Apple dari sekian banyak (bahkan ratusan) inovasi Apple lainnya yang tidak berhasil.

Catatan bagi Indonesia: Indonesia telah memiliki/mengadopsi berbagai model inovasi dalam peningkatan mutu, misalnya dengan GKM yang kemudian juga diadopsi menjadi PSBH, lalu juga ada penggunaan siklus QA yang semuanya pada dasarnya juga menggunakan siklus pemecahan masalah mutu yang sudah lazim digunakan. Namun demikian kelemahan yang kita miliki adalah terkait dengan dokumentasi apa yang telah kita lakukan dan apa yang telah kita capai. IHI telah dapat menyebutkan berapa inovasi yang telah mereka lakukan dan berapa yang telah berhasil, ini tentunya dapat menjadi pedoman bagi pengelola atau regulator sarana pelayanan kesehatan untuk memilih inovasi yang akan diterapkan. WHO Indonesia pada saat ini akan mulai mengidentifikasi berbagai inovasi quality improvement yang pernah dikerjakan di Indonesia, diharapkan hasilnya dapat menjawab kelemahan tersebut diatas.

Reportase Hari Ketiga, International Forum on Quality & Safety in Healthcare tahun 2013

oleh: **Hanevi Djasri, dr, MARS**



Hari ketiga dibuka dengan Keynote speaker **The Right to World Class Healthcare** oleh Dr Ernest Madu (Cardiologist, CEO and Founder of The Heart Institute of the Caribbean). Madu memulai presentasi dengan mengingatkan peserta mengenai diagram Pareto, dimana rumus 20-80 juga berlaku dalam pelayanan kesehatan untuk non-communicable disease, dimana 80% masyarakat tidak dapat memperoleh akses pelayanan untuk non-communicable disease termasuk penyakit jantung karena tidak memiliki biaya

Madu juga mengingatkan bahwa bahkan WHO pun sering kurang dalam memberikan perhatian untuk non-communicable disease di negara-negara sedang berkembang, tidak seperti penyakit infeksi yang mendapatkan perhatian penuh. Madu memaparkan data bahwa dari 58 juta kematian di dunia, 35 juta karena non-communicable disease, 28 juta diantaranya ada di negara sedang berkembang, dan 15 juta diantaranya sebenarnya bisa dicegah.

Isu utama menurut Madu dalam membangun world class healthcare (dalam hal ini layanan jantung) untuk negara sedang berkembang adalah adanya kesenjangan kepemilikan dan penguasaan teknologi maju, hal ini disebabkan disamping karena keterbatasan sumber dana, juga karena infrastruktur pendukung tidak ada, SDM (SDM yang pintar pindah ke negara maju), dan tidak adanya kebijakan. Disamping itu juga ada *misconception* tentang penggunaan teknologi maju oleh negara sedang berkembang yaitu: akan meningkatkan biaya, memperluas kesenjangan, menurunkan akses pelayanan, tidak meningkatkan mutu, tidak terjangkau, hanya cocok untuk negara maju dan “too good for develop country”

Pada kenyataannya penggunaan teknologi maju untuk negara berkembang sangat signifikan dalam meningkatkan mutu, yaitu untuk: meningkatkan akses secara cost-effective, meningkatkan efisiensi alur pelayanan, meningkatkan manajemen informasi bagi pasien, meningkatkan keselamatan pasien, memberikan kesempatan untuk memberikan layanan pada daerah terpencil, meningkatkan jangkauan layanan para ahli dan akhirnya menyelamatkan nyawa, meningkatkan quality of life dan membuat hidup lebih baik.

Model yang digunakan oleh Nigeria adalah dengan membangun layanan (contohnya jantung) yang: smart, efisien, menggunakan teknologi secara cost efektif sesuai dengan perkembangan ilmu dan

pengalaman; Memanfaatkan teknologi untuk meningkatkan akses, mutu dan jangkauan; Fokus kepada pelatihan, penelitian, pengembangan dan inovasi.

Model tersebut dijabarkan dalam komponen: membangun tim manajemen dan organisasi yang kuat, menggalang modal dan akses, merubah dari pendekatan “aid” ke “sustainable development”, spesialisasi dan menggunakan “economic of scale”, menggunakan teknologi secara inovatif, membangun strategic partnership, membangun kapasitas internal dan menetapkan visi dan arah pengembangan.

Implementasi komponen tersebut antara lain dalam bentuk penggunaan teknologi informasi untuk telemedicine, di Nigeria disebut sebagai Doctor on Call Services (DOCS), yang digunakan untuk konsultasi, penanganan kasus emergensi dan telemedicine dengan Havard University, juga untuk *remote patient monitoring service* dengan penggunaan teknologi bluetooth, android, cloud server dan web.

Catatan untuk Indonesia: Masalah non-communicable disease yang dihadapi Nigeria juga dihadapi oleh Indonesia, tidak hanya terbatas dikota-kota besar namun sekarang juga kedaerah-daerah yang juga masih mengalami keterbatasan sumber daya (terutama dokter spesialis) untuk mengatasi masalah kesehatan tersebut. Sehingga penguasaan teknologi maju seperti yang disampaikan pada keynote diatas sangat relevan.

Dissisi lain masyarakat Indonesia termasuk penggemar berat dan pengguna berbagai perkembangan gadget atau teknologi informasi namun demikian penggunaannya untuk pelayanan kesehatan belum dilakukan secara maksimal. Perlu ada kerjasama tidak saja antara lembaga kesehatan tetapi juga dengan lembaga/institusi lain untuk hal ini, misalnya dengan lembaga telekomunikasi untuk mendukung penggunaan telemedicine, dengan fakultas teknik untuk mengembangkan berbagai alat kedokteran/kesehatan termasuk juga dengan lembaga donor internasional untuk juga berinvestasi dalam pengembangan teknologi.

Sesi G4 Healthcare Regulators – Support, Judge, Jury and Executioner? Sesi ini dibawakan oleh 3 pembicara dari 3 negara yaitu: Philippe Michel (Director, CCECQA, Aquitaine Regional Centre for Quality and Safety, FORAP/Regional Centres’ National Federation, France), Goran Henriks (Chief Executive of Learning and Innovation, The County Council of Jönköping, Sweden), Jan Maarten van den Berg (Senior Inspector, Dutch Healthcare Inspectorate, The Netherlands)

Banyak negara menilai bahwa diperlukan adanya regulasi pelayanan kesehatan untuk menjamin dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakatnya. Umumnya para regulator baik dari sisi pemerintah maupun organisasi profesi kurang menjalin kerjasama yang efektif. Dengan kewenangan yang ada pada para regulator maka juga muncul pertanyaan batas mana saja yang merupakan kewenangan mereka.

Sesi ini dibawakan dengan secara interaktif, pembicara mengajukan beberapa pertanyaan yang perlu dijawab oleh para peserta secara kolektif. Pertanyaan-pertanyaan tersebut untuk menjawab apakah regulasi pelayanan kesehatan memang perlu, apa saja yang perlu dilakukan dan.....

Pertanyaan pertama adalah apakah regulasi pelayanan kesehatan tidak berjalan dengan efektif karena kurangnya kesadaran (baik dari yang diregulasi dan juga dari yang meregulasi?) ini memunculkan pertanyaan spesifik apakah dengan menerbitkan data di jurnal bisa meningkatkan efektifitas regulasi? Pengalaman dari Belanda menyebutkan bahwa ternyata menerbitkan data di jurnal **tidak dapat** meningkatkan efektifitas regulasi. Jadi ternyata tidak cukup hanya dengan membangun kesadaran dalam meningkatkan efektifitas regulasi, harus lebih dari itu dan ini membawa ke pertanyaan kedua.

Pertanyaan kedua adalah apakah diperlukan rekomendasi yang lebih banyak dan lebih detail? Ini mengarah ke pertanyaan spesifik: Apakah membuat laporan sebuah kondisi/mutu layanan kesehatan dapat mendorong perbaikan? Pengalaman dari Belanda menyebutkan rekomendasi **dapat** mendorong perbaikan, namun waktu yang dibutuhkan cukup lama (15 tahun).

Pertanyaan ketiga adalah apakah untuk meningkatkan efektifitas regulasi pemerintah perlu membuat standar minimal? Ternyata pengalaman dari Belanda mengatakan bahwa ini merupakan “impossible task” untuk dapat mewujudkan layanan sesuai standar minimal diseluruh sarana pelayanan kesehatan. Pemerintah Belanda kalah dalam menghadapi tuntutan RS mengenai pemberlakuan standar minimal, sehingga standar tersebut tidak jadi diberlakukan.

Pertanyaan keempat adalah apakah untuk meningkatkan efektifitas regulasi perlu dilakukan lebih banyak penelitian? Tentunya pertanyaan ini bila diajukan kepada para peneliti akan menghasilkan jawaban “ya”, namun demikian pengalaman dari Belanda menyebutkan bahwa dalam waktu 1 tahun mereka menghasilkan 6000 artikel penelitian dimana banyak terdapat kreatifitas dalam metoda penelitian yang justru membuat timbulnya kesulitan dalam mengambil keputusan.

Pertanyaan kelima adalah apakah untuk meningkatkan efektifitas regulasi perlu dicari evidence yang dapat menjawab intervensi “perfect cutoff point”? Namun ternyata berbeda dengan penelitian epidemiologi dimana sering didapat sebuah intervensi yang dapat secara signifikan membuat perbaikan, didalam regulasi sering sekali perubahan yang terjadi bersifat gradual, **tidak** “cutoff point”

Pertanyaan selanjutnya, keenam adalah apakah efektifitas regulasi sangat terkait dengan menetapkan standar pelayanan yang bersifat individual pasien? Ternyata jawabanya adalah **tidak** karena yang perlu adalah membangun sebuah sistem yang bisa membangun metode pembelajaran terhadap prosedur yang kompleks, tidak diperlukan standar yang detail untuk setiap pasien namun standar untuk sistem.

Pertanyaan ketujuh adalah apakah efektifitas regulasi terkait dengan lembaga yang menjadi pengawas, apakah lebih kearah pemerintah atau lembaga pembiayaan kesehatan? Sesi ini menyoroti bahwa pada saat ini lembaga pembiayaan belum biasa menggunakan pendekatan berbasis mutu pelayanan.

Catatan untuk Indonesia: Pengembangan sistem regulasi di Indonesia juga perlu menjawab pertanyaan tersebut diatas. Prof Adi Utarini dari PKMK FK-UGM pernah menyebutkan agar pengembangan sistem regulasi pelayanan kesehatan di Indonesia haruslah dapat mencapai peningkatan mutu dan keselamatan pasien dalam layanan kesehatan tidak hanya berhenti menjadi regulasi saja. Untuk itu perlu pengembangan regulasi di Indonesia dengan mengadaptasi hirarki piramida dalam strategi regulasi Healy (2011), dimulai dari pendekatan yang paling lunak di lapis piramida terbawah hingga semakin tegas menuju ke puncak piramida. Strategi terlunak mengandalkan pada sifat sukarela dan informatif. Sedangkan strategi yang paling tegas bersifat wajib dan mempunyai implikasi legal. Secara bertingkat mulai dari piramida terbawah, strategi regulasi dapat berupa: (1) strategi sukarela; (2) mekanisme pasar; (3) strategi manajemen; (4) regulasi mandiri (self-regulation); (5) ko-regulasi; (6) metaregulasi; dan (7) strategi kontrol-perintah.

Sesi H3: Improving healthcare through networks. Dibawakan oleh David Fillingham (Chief Executive, Advancing Quality Alliance/AQUA, England) dan Rob Bethune (Surgical Registrar, The Royal United Hospital, England)

Tidak semua masalah dapat dipecahkan melalui mekanisme pasar dan birokrasi, namun jejaring kerjasama antara para klinisi (juga para praktisi) yang berdedikasi dapat mencari terobosan solusi. Network tersebut memiliki potensi untuk menyebarkan pengetahuan, mempercepat inovasi dan meningkatkan pelayanan. Di Inggris, The Health Foundation saat ini sedang mendukung setidaknya

30 network seperti itu, dua diantaranya yaitu the Advancing Quality Alliance (AQUA) and The Network mempraktekan pendekatan dan pengalaman jejaring kerjasama tersebut.



The Network adalah sebuah jejaring kerjasama antara para klinisi dan junior manager dengan hampir 2000 anggota dan 300 project. Dengan adanya network ini maka berbagai masalah dapat diselesaikan diluar jalur birokrasi sehingga dapat lebih cepat dan efisien, fokus kepada masalah *front line*, keputusan dilakukan oleh "the right people" dan tidak ada "power gradient" (kesenjangan ketepatan keputusan dengan kondisi dilapangan yang disebabkan karena posisi jabatan). Berbagai project yang telah dilakukan oleh The Network dapat diakses pada link berikut <http://www.forum.the-network.org.uk/page/casebook>



Sedangkan *Advancing Quality Alliance* atau AQUA adalah sebuah lembaga dibawah NHS yang bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan melalui AQUA Model yaitu membangun: Evidence & Intelligence, Change Champion, Peer to Peer Learning, Robost Improvement Methodology dan disertai dengan adanya Insentif (baik finansial maupun reputasi). Berbagai laporan dari AQUA dapat dibaca pada link dibawah ini <http://www.advancingqualityalliance.nhs.uk/publications>

Kedua pembicara menegaskan bahwa inti dari network adalah: Membangun sebuah wadah yang kreatif dan inovatif dimana sumberdaya dapat digunakan bersama sehingga dapat menciptakan iklim pembelajaran yang cepat dan dinamis. Untuk itu dibutuhkan:

1. Membutuhkan waktu dan dukungan untuk menjaga agar *networking* tetap berjalan dengan menyediakan pengelola yang full time
2. Hubungan yagn baik dengan dan antar anggota
3. Adanya *add value* bagi para member
4. Jelas misi dan fokus dari *networking*
5. Sistem pengelolaan yang berbeda (tidak seperti mengelola organisasi)

Catatan untuk Indonesia: Indonesian Healthcare Quality Network (IHQN) adalah salah satu network atau jejaring kerjasama yang bertujuan untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan. IHQN perlu mempelajari bagaimana The Network dan AQUA menjalankan hal tersebut. Beberapa network lain juga mungkin sudah mulai terbentuk di Indonesia, ini perlu mendapatkan dukungan nyata dari Kementerian Kesehatan seperti yang dilakukan oleh The Health Foundation di Inggris. Dengan adanya dukungan tersebut maka berbagai *networking* akan dapat bekerja lebih strategik dan bekerjasama satu dengan lainnya.

Sesi I3: Invest in primary care to save money and improve health outcomes - The UK experience. Sesi ini dibawakah oleh 2 professor yaitu Martin Roland (Professor of Health Services Research, University of Cambridge, England) dan Martin Marshall (Professor of Healthcare, UCL and Lead for Improvement Science London, England)

Sistem kesehatan di Inggris didasari pada pelayanan kesehatan primer yang komprehensif dan dapat diakses (free) oleh seuma orang. Merupakan sistem pelayanan kesehatan yang paling efisien

diseluruh dunia, tetapi apakah hal tersebut baik atau tidak? Kedua pembicara ini memberikan jawaban yang berbeda.

Pembicara pertama menjelaskan mengapa *primary care* di UK sangat berperan dalam mewujudkan layanan yang bermutu, yaitu karena: Menjadi kontak awal dengan pasien, *gatekeeper* dan juga berfungsi sebagai advokasi, menggunakan pendekatan holistik, menjaga kontinuitas, berfungsi sebagai koordinator, memberikan pendidikan dan layanan pencegahan. Dimana pada intinya *primary care* di UK menjamin kontinuitas layanan sehingga dapat menjaga mutu layanan.

Pembicara kedua justru memberikan argumentasi bahwa sistem *primary care* di UK turut menjadi salah satu masalah sistem kesehatan di negara tersebut. Contoh yang disebutkan antara lain: Akses ke *primary care* sulit (ada video di youtube dimana Tony Blair pada saat itu sebagai PM dikritik mengenai lamanya perjanjian di *primary care*); Kecenderungan *primary care* di UK yang saat ini berkembang menjadi lebih kearah spesialisik (tidak lagi holistik); Peran sebagai *gatekeeper* yang justru lebih kearah "save money" sehingga ada penelitian yang menunjukkan angka kematian yang lebih tinggi pada *primary care* yang juga berfungsi sebagai *gate keeper*; Koordinasi antara GP dengan dokter di RS juga ternyata tidak berjalan dengan baik (hanya 20% pasien yang dikoordinasikan); serta juga hanya 40% pasien yang mendapatkan pendidikan kesehatan dari GPnya.

Sesi ini ditutup dengan pertanyaan yang diharapkan dapat dijawab oleh para peserta dinegara masing-masing, apakah *primary care* dapat meningkatkan mutu sekaligus mengendalikan biaya? Apakah betul layanan di *primary care* sudah sesuai dengan layanan yang diharapkan? Apakah tidak terlalu menjanjikan layanan yang terlalu tinggi? Dan apakah para pengambil kebijakan yakin atas seluruh jawaban pertanyaan ini?

Catatan untuk Indonesia: Sesi ini sangat aktual bagi kondisi di Indosia dalam rangka persiapan penerapan SJSN/BPJS dimana *primary care* akan memegang peranan penting dalam layanan kesehatan termasuk sebaga *gate keeper*. Pada saat ini juga telah terjadi fenomena dimana Puskesmas juga bayak berorientasi kepada kesehatan individu tidak lagi kearah kesehatan komunitas, bahkan kesehatan individunya juga bersifat kuratif bukan preventif. Untuk dapat berperan serta menjamin mutu layanan kesehatan maka *primary care* di Indonesia harus dapat menjawab berbagai tantangan yang diajukan oleh pembicara kedua pada sesi tersebut diatas.



International Forum on Quality & Safety in Healthcare tahun 2013 ini kemudian ditutup dengan **Keynote Speaker VI: Courage and the Pursuit of Better Health Care** dibawakan oleh Donald M. Berwick (MD, MPP, President Emeritus and Senior Fellow, Institute for Healthcare Improvement).

Dilatarbelakangi dengan kejadian Boston Marathon, maka Berwick membuka sesi ini dengan kisah Martin Luther King (yang juga berdasarkan ajaran Mahatma Gandhi) yang mengatakan “No Wapon Except Love” dalam melawan ketidak-adilan. Berwick juga kemudian mengkaitkan kisah tersebut dengan Avedis Donabedian (bapak Mutu Pelayanan Kesehatan) yang mengatakan bahwa “The Secret Of Quality is Love)

Berwick mengingatkan bahwa sebenarnya hampir semua orang (staf) telah berusaha untuk bekerja yang bisa memberikan rasa bangga bagi dirinya, sehingga sebenarnya mereka semua mau melakukan perbaikan dan juga mengingatkan bahwa semua perbaikan adalah perubahan (meski tidak semua perubahan adalah perbaikan) dan bahwa “takut” merupakan musuh utama dalam melakukan perubahan. Hal inilah yang kemudian bisa menjadi alasan mengapa proses pengukuran mutu sering sekali hanya berhenti menjadi sebuah pengukuran saja tidak disertai dengan analisa yang mendalam. Kondisi terakhir inilah yang membuat semakin sulit melakukan perbaikan apabila kita tidak mengetahui seberapa baik kita telah bekerja.

Beberapa perbaikan yang diusulkan Berwick untuk dilaksanakan adalah: Membangun struktur baru yang lebih simpel untuk supervisi dan pendampingan upaya peningkatan mutu; Mempersiapkan lebih baik para tenaga kesehatan; Membuat ukuran baru yang lebih transparan; Menyediakan pendampingan teknis; dan Menetapkan bahwa mutu yang utama meski tidak dapat menekan biaya.

Untuk itu Berwick memberikan aturan dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan: Fokus kepada kebutuhan pasien; Mempercayai satu sama lain; Tugas utama adalah untuk mempelajari; dan Saling menyalahkan tidak akan berhasil.

Catatan akhir untuk Indonesia:

Prof Laksono pada saat mengikuti forum ini pada tahun 2012 telah memberikan catatan bahwa seharusnya Indonesia dapat belajar banyak upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara sistematis dan terintegrasi dengan ikut serta dalam forum internasional seperti ini. Namun demikian seharusnya peserta datang dalam bentuk team, dengan persiapan cukup sebelum pergi, disertai dengan diskusi mendalam dengan peserta dari berbagai negara, dan dari juga sesama peserta dari Indonesia serta pasca mengikuti Forum dapat membahas secara terpadu hasil dari berbagai jalur dan kemudian diikuti dengan berbagai implementasi.

Namun sayang pada tahun 2013 ini rencana tersebut belum dapat dilakukan. Untuk itu reportase ini sekaligus sebagai undangan terbuka kepada pimpinan dan staf dari Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, juga pemerintah daerah dan pengelola organisasi profesi dan RS untuk bersama-sama menghadiri acara ini pada tahun 2014 di Paris, Perancis. Informasi lebih lanjut tentang acara tersebut dapat diperoleh di internationalforum.bmj.com/home atau di mutupelayanankesehatan.net