

Pelatihan

**Manajemen Rumah Sakit:
Konsep dan materi**

Cara inovatif untuk memperbaiki pelayanan RS di Indonesia





Pelatihan Manajemen Rumah Sakit Konsep dan materi

Cara inovatif untuk memperbaiki pelayanan
Rumah Sakit di Indonesia

Adi Utarini

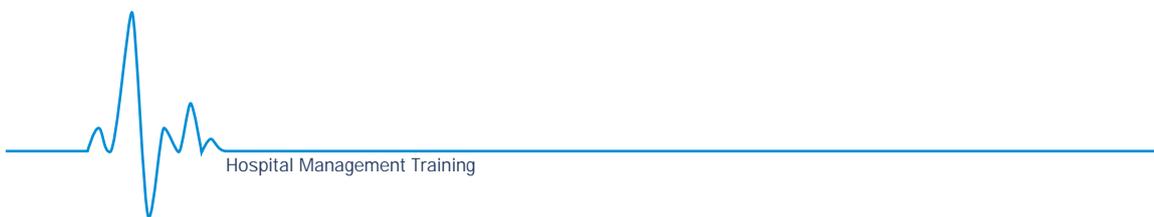
Gertrud Schmidt-Ehry

Peter Hill



Funded by:







UNIVERSITAS GADJAH MADA
FAKULTAS KEDOKTERAN

PRAKATA

Since the year of 2000, GTZ has already established a close collaboration with Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada in the areas of teaching and learning process, research and consultation. The Principal Advisor of GTZ at that time, Dr. Paul Rueckert, visited our university as a guest lecturer and gave lecture at the International Programme of Medical Education in the Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada. When Dr. Rueckert was replaced by Dr. Gertrud Schmidt-Ehry, the existing collaboration was then enhanced not only in the area of consultation on Health Financing, but also in the field of hospital management.

In year 2004, Dr. Gertrud Schmidt-Ehry from GTZ came to Yogyakarta to visit the hospital management master program at the Public Health graduate program in our Faculty. During this visit, ideas and idealisms were expressed from both sides and this became the starting point of the Hospital Management Training (HMT) program in Nusa Tenggara Barat (NTB) province of Indonesia. Two years later (2006), training needs assessment labelled as Rapid Assessment Procedure in Hospital Management, was carried out in Nusa Tenggara Barat and Nusa Tenggara Timur provinces. Following intensive dialogues between the stakeholders involved, HMT finally embarked on January 2008 with 18 training participants were participating from three public hospitals in Lombok island, NTB province.

This course was developed jointly with the hospital management master program, building on the current courses offered. Being part of the Faculty of Medicine with rich innovation in medical education, the hospital management curriculum also reflects a dynamic and continuous process of searching innovative strategies most appropriate for the education of hospital managers. With adaptations to meet the local needs of hospitals in NTB province, HMT course renews and implements the spirit of patient safety in hospital services by putting the patient first, reinforced by better clinical performance management, creating a well-functioning hospital and building linkages between hospitals and the health care system. This is achieved through the four main learning blocks in HMT, starting from patient safety and customer-focused services, clinical management system, functional management system and strategic management and leadership.

Through partnership with GTZ, SEAMEO TROPMED, University of Mataram and particularly hospitals in NTB province, this training has given mutual benefit. For UGM, not only the current curriculum in hospital management is strengthened, but also the overall training model that includes triangulation approach, integration of quality improvement action into the training, and comprehensive training evaluation methods strengthens the efforts to contribute in improving competence of hospital managers and human resources in health in general. We realize that HMT course will not cover all the menu needed for hospital managers to improve the hospital services. We do hope, however, that the course enlightens the hospital team work, motivates the team and hospital to update and apply their knowledge, and leads the way to sustain continuous quality improvement culture.

Finally, I would like to express my appreciation to NTB province and the hospitals, and to congratulate all stakeholders that have been involved in the efforts to develop human resource capacity of those engaged in managing hospitals. In this book, lessons learnt from the training process and key concepts applied in HMT are documented with the intention to further encourage other provinces as well as regions outside Indonesia to apply and adapt this training model in the pathway to improve management of hospitals for the benefit of the community at large.



Prof. Ali Ghufron Mukti, M.D., MSc, PhD

Dean,
Faculty of Medicine
Universitas Gadjah Mada



SOUTHEAST ASIA MINISTERS OF EDUCATION ORGANIZATION

PRAKATA

The human resource is considered to be the most important resource of the health care system. The performance of the health care system is greatly influenced by the knowledge, skills and motivation of the human resource delivering the services. The quality and quantity of the health workforce determines to a great extent the success of a reformed health sector. Within the hospital setting, the same requirement exists. The quality of the services is influenced by the technical and managerial skills of the hospital team. The Hospital Management Training, developed and implemented within the context of GTZ and the Ministry of Health of Indonesia collaborative health projects, aims to improve the management skills of the hospital teams by focusing on behavioral change and internalization of the culture of quality improvement. The approach utilized in the training can be shared with other provinces within Indonesia and can be adapted to suit conditions in other countries in the region. This course is very timely to address the different challenges faced by the hospital and its staff especially in a decentralized state of health care like Indonesia.

As in any training program, continuous monitoring of the process of implementation of the training, and the utilization of the skills gained are prerequisites to its effectiveness. Furthermore, it should be underscored that the mainstreaming of the quality improvement concept is crucial in achieving a patient-oriented hospital services. SEAMEO TROMED Network's participation in the development, implementation and evaluation of this course is consistent with the mission of the Network and its mandate on the human resource development. A similar partnership was implemented in the 2 projects of GTZ in Cambodia.

Prof. Dr. Pratap Singhasivanon

Secretary General/Coordinator
Southeast Asian Ministers of Education Organization
Tropical Medicine and Public Health Network



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT
DINAS KESEHATAN

PRAKATA

All praises to God Almighty for His permission and blessings that a book on Hospital Management Training (HMT) has been finalized. I also would like to appreciate the team who has prepared the book since November 2008. HMT planning was started with a workshop on 4 - 5 May 2007 in Jakarta, as a follow up of a Rapid Assessment Survey on Hospital Management (RAP-HoMe) conducted in all public general hospitals in Nusa Tenggara Barat (NTB) and Nusa Tenggara Timur (NTT) by GTZ Siskes/HRD, Gadjah Mada University (UGM) and Provincial Health Office NTB and NTT in 2006. The results of the RAP-HoMe showed that there is a need for training on Hospital Quality Management in order to improve service management of public general hospitals in both NTB province and NTT province.

GTZ Siskes/HRD, UGM and SEAMEO TropMed as well as NTB Provincial Health Office have collaborated involving also the Ministry of Health of the Republic of Indonesia for the hospital management training course development and implementation, including also Mataram University (UNRAM), Mataram Health Polytechnic (Poltekkes) and Nursing Department in Bima to organize HMT activities: in class training, workplace assignment, and QI Action at hospitals. The HMT book and toolkit have been implemented in two batches of training in NTB. The first batch was conducted in January to December 2008 for three hospital teams; NTB Provincial Hospital, Praya District Hospital and Selong District Hospital. The second batch extended from March to November 2009 involving the four remaining public hospital teams in NTB, namely RSUD Bima District Hospital, Dompu District Hospital, Sumbawa District Hospital, and Tripat District Hospital of Lombok Barat District.

This book is published in order to convey to all relevant stakeholders the importance of continuous hospital management improvement based on quality management with the hope that the model – which involves all relevant staff and use a team approach – can be adopted for future Hospital Management Training elsewhere.

This book is a product of experts from Indonesian universities as well as national and international experts. However, readers' constructive

criticisms and suggestions are most welcome in case of unintended mistakes. May this book and the HMT Toolkit HMT be useful for Indonesian people at large!



Dr. H. Mochamad Ismail

First Class Administrator – IV/b
Reg. # 19570618 198710 1 001
Director of Health Office
NusaTenggara Barat

PRAKATA

Focus on Primary Health Care, as revitalized by WHO in its 2008 Annual Report, is an important way to improve the health status of communities, to increase their own health responsibilities and to bring services close to the population. However, this is not sufficient. In case of emergencies the health system must also provide appropriate secondary level services to save lives. In this context the quality of services in hospitals is crucial to improve health indicators of the population.

Since 1973 I have gained a lot of experience by working on health systems and working in and with hospitals throughout Africa and Asia. In Togo, for example, we could show clear impact on maternal mortality by focusing on hospital improvement, decreasing the maternal mortality ratio from 400 to 62 per 100,000 live births within 6 years (1987-1993) in a defined district in the capital Lome. We proved that the remaining death cases at hospital level were mainly linked to managerial failures within the hospital and its supporting services. That is one of the many reasons why the focus of my work has always included hospitals and their management.

In Cambodia I continued my experience by involving hospital improvement in the overall health systems development. Poor infrastructure and lack of equipment was the initial big problem, but this was followed very soon showings gaps in skills and management.

Indonesia has fewer problems regarding infrastructure and equipment of hospitals and has a large capacity of skilled specialists and medical teams. Nevertheless, good human resources are not equally distributed across the country, and despite improvement in health indicators, the eastern provinces still show high mortality rates and alarming human development index scores. Evaluating hospital performance found that management problems are part of the challenges to overcome.

Strong leadership is one of the main assets for change and ongoing quality improvement. However, this alone is not enough, and it has proved to be unsustainable as leaders are frequently moved around. The Quality Improvement process requires a team, and to make QI a culture requires a critical mass. This has led me to rethink training approaches and to focus on team training rather than individuals. This includes immediate application of lessons learnt through practical exercises, enhancing peer exchange and using coaching in addition to classroom training. This approach was developed and implemented initially in Cambodia under the National Institute of Public Health, where I worked from 1995 – 2003, with assistance from teams from the SEAMEO TROPMED network in Bangkok and Manila. The Cambodian Ministry of Health defined Quality Improvement as one of its priority areas of work for the period 2003-2007 and created a special unit at the MoH to develop specific strategies. Training in Cambodia is now implemented through the National Institute of Public Health (NIPH) and envisages covering all provinces and districts of the country.

Based on this past experience and despite large differences between countries, it was still useful to develop a hospital management training course in Indonesia using an approach similar to that in Cambodia but with different content. I am particularly grateful for the collaboration of Gadjah Mada University, and particularly Dr. Adi Utarini of that team, for contributing very new concepts and focusing on patient safety from different perspectives within the hospital and the health system, thereby bringing patient rights to the forefront and enriching the curriculum.

My gratitude goes as well to all of our Indonesian partners and stakeholders, especially the Ministry of Health in Jakarta, local decision makers, Provincial Health Offices, the local universities and training and education institutions, and especially the hospital teams. We count on them to take full ownership of the QI process and to make the current Course Book available to other provinces to share their experience and to continue advocacy for ongoing QI process and hospital management training.

SEAMEO TROPMED was once more an important partner in the realization of the course development in Indonesia, and we count on them to further promote this course book to other interested countries through their network.

My special thanks go also to Peter S Hill, Associate Professor, International Health Policy, Australian Centre for International and Tropical Health who once again assisted in the final editing and improvement of this book.

My thanks also goes to the German (BMZ) and British (DFID) governments for making funds available so that the training could be developed and conducted. They are also invited to further promote this book.



Dr. Gertrud Schmidt-Ehry, MPH,

Gynecologist and Obstetrician
GTZ principal advisor for SISKES
and HRD projects in Indonesia

PENGANTAR DAN UCAPAN TERIMAKASIH

Quality improvement in hospitals is an important topic in Indonesia and has been a special focus within the German Indonesian Cooperation in the Health Sector through its Technical and Financial Cooperation Organizations GTZ and KfW since 1999. The realization of the idea to use a more systematic training approach was first discussed when Prof. Ali Ghufron Mukti, Dean of the Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada, introduced the principal advisor of the two GTZ health projects: Human Resources Development and District Health System Improvement Projects to Dr. Adi Utarini, Director, Master in Hospital Management, in Yogyakarta in 2006. From this starting point, the already existing cooperation between GTZ and UGM, established by Dr. Paul Rueckert, the former principal advisor of SISKES and Prof. Ali Ghufron Mukti in 2000, grew into a fruitful cooperative initiative on hospital improvement.

Dr. Adi Utarini and her team then undertook a needs assessment, using innovative measures and focusing on quality management. The outcome was the idea to develop a hospital management training course, using a team approach, and offering the opportunity for participants to implement what was taught immediately in their own clinical environment.

During a first workshop in 2007 involving several partners not only from Indonesia, the design and approach on how to develop and implement the training in West Nusa Tenggara – NTB, one of the eastern provinces in Indonesia, was drafted. To follow up training development, implementation and evaluation a Core Team was created, including different partners with the following team members:

Drg. Widyawati, MQIH, Head of SDM Kesehatan (Health Human Resources) Private Models sub Unit, Pusrengun /Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan (National Board for the Development and Empowerment of Health Human Resources; MOH Indonesia

Alih Germas Kodyat, SKM, MARS, Staff, Pusdiklat/BPPSDMK, Pusdiklat /Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kesehatan (National Board for the Development and Empowerment of Health Human Resources; MOH Indonesia.

Dr. Yuwanda Nova, Subdit BYMS di RSU Non Pendidikan, Bina Yan Medik Spesialistik (Medical Care Specialist) - Depkes RI; MOH Indonesia.

Dr. I. B. Jelantik, Head of Hospital Division, Provincial Health Office, Nusa Tenggara Barat – NTB.

Dr. Mimik Astuti, Deputy Director of Education and Training , Provincial Hospital, Mataram Nusa Tenggara Barat.

Dr. Agusdin, SE., MBA, DBA, Director, Magister Management Program Mataram University, Nusa Tenggara Barat

Dr. Adi Utarini, Director, Master in Hospital Management, Universitas Gadjah Mada (UGM), Yogyakarta.

Prof. Dr. Sandra B. Tempongko, Deputy Coordinator, SEAMEO TROPED Network Bangkok.

Dr. Gertrud Schmidt-Ehry, Principal Advisor, GTZ SISKES and HRD-Indonesia

Joyce Smith, Team Leader, EPOS/GTZ HRD - Indonesia.

Ki Syahgolang Permata, HMT Coordinator, GTZ HRD - Indonesia.

The team members participating from Indonesia changed during the development of the course, as the membership was based on functions, positions and availability, not on individual persons.

Members from the Provincial hospital in Mataram, especially Dr. Agus Widjaya, the director of the hospital, were very important partners to assure that the training was relevant for the local context and gave feedback throughout the implementation of the first course. This was also the case for all 7 hospital teams involved in the training and their directors; without them the ongoing training improvement leading to this final product would not have been possible. Special thanks are expressed to all hospital directors (dr. H. Mawardi Hamry, MPPM, dr. Wayan Suardana, dr. Agus Wijaya, MPH, dr. H. Ahmad Faisal, SpA, drg. Ni Made Ambaryati, dr Hj Tini Wijanari, and dr. A.A. G. Kosala Putra) making their staff available for the training and encouraging them to continue and assist to enhance the change and quality improvement process in their respective hospitals. One hospital director, Dr. Ahmad Faisal, pediatrician, was very interested

in this new training and his commitment to improvement encouraged him to be a participant during the whole training course.

Altogether all 7 public hospital teams in NTB from: Mataram, Praya, Selong, Gerung, Bima, Dompu and Sumbawa, fully participated in the training and the assignments, despite also having to continue their daily work. An admirable strong will to make a difference for the patients was evident throughout the training process, involving a large number of other staff in the hospitals. This continued after the training was finished for the first batch, as could be demonstrated when problems were identified and solutions were searched for. Thank you to Eka Junaedi, Rini Kusmardiyati, Lesti Sariyuni, Henny Hardini, Zulkarnain, Elih Sukaryatin, Mustapa, Lalu Jamiri, Mastur, Mar'ah, Marjan, I Dewa Ketut Ariantana, I Ketut Sudarsana, Lalu Tarmuzi Ahmad, Ida Ayu Wayan Maret, Abdul Rahim, Farida, Eis Sulastri, Sahmir, Firman, Ihsan, Fithri Kurniati, Early, Muhtar, H. Ahmad Faisal, Zulkarnain, Isti Wadnyah, Nirwana Malik, H. Dias Indarko, Syaikhul Islam, Hermansyah, Ilmiyati Zain, Maria Alfonso, Saman, Rusmayadi, Ida Aryani, Ulul Azmi Satria Bakri, Nyoman Suarsana, Indria W. L, Arief Suryawirawan. You have all been truly committed to participate in this training.

The University of Mataram hosted the first training course and supported training implementation for the whole duration in 2008. Dr. Agusdin from Mataram University was an important team member of the first training implementation and despite his various obligations tried to make himself available as a mentor to the hospital teams, and participated in all important steps. The second training course being implemented mainly for Sumbawa Island was hosted in Bima Poltekkes, providing generous space and assistance during the preparation and implementation in 2009.

The Provincial Health Director and members of his team were following the implementation with great interest. Gusti Kertayasa, one of the PHO staff facilitators and dr Ketut Sura from Bapelkes in Mataram also participated in all sessions of the second training course, thus being able to keep the Provincial Health Director informed about the content and progress of the training.

The Ministry of Health in Indonesia were able to bring in important aspects of the ongoing health reform and guidelines in Indonesia, especially the newly developed Minimum Service Standards – SPMs.

Prof. Dr. Sandra B. Tempongko, Deputy Coordinator of the SEAMEO TROPMED network being a long term partner to GTZ in Southeast Asia, brought her experience and ideas from other countries and followed the course in all its important milestones. In the first workshop Prof. Ruben Caragay and Prof. Caridad A. Ancheta from the college of Public Health, SEAMEO TROPMED network Manila, having been partners for hospital training in other countries also gave their recommendations to the planned course concept as well as representatives from SEAMEO TROPMED network Indonesia. Prof. Dr. Pratap Singhasivanon, Secretary General / Coordinator of the Southeast Asian Ministers of Education Organization Tropical Medicine and Public Health network, always strongly supports the idea of South-South cooperation, but also with international organizations such as GTZ. We are grateful for his ongoing encouragement.

GTZ staff from both projects, SISKES and HRD, was involved all along, with great leadership by Dr. Gertrud Schmidt-Ehry. Dr. Karina Widowati and Dr. Fahmi Husin participated in the second training and acted as mentors to selected hospitals. Joyce Smith, team leader from EPOS consultants based on her long lasting experience in Human Resources Development and Ketut Mendra, EPOS consultant, also gave their inputs during important steps of training preparation and follow up.

Without Ki Syahgolang Permata, none of us could organize and follow up all important steps of preparation and implementation, and especially the finalization of this book. The work would have been very difficult to be accomplished without your coordination efforts.

The members of the Magister Manajemen Rumahsakit-MMR (Hospital Management Program), Postgraduate program in Public Health, Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada, have sacrificed very often their free time and holidays in order to develop and conduct the course, sometimes even at the cost of their families. Being rich in innovation and always updated with the most recent international development regarding hospital improvement the team brought a complete new content and approach in the hospital management training as compared to many other countries. The course content was adopted and further developed from the existing curriculum in the master program in Hospital Management, Postgraduate Program in Public Health, Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada.

The key to any training program is how the content is delivered to the participants. We would like to appreciate the hard work of those who are engaged to make this training attractive and enjoyable to inspire the participants: all learning block coordinators (Yodi Mahendradhata, Prof. Iwan Dwiprahasto, Dr. Tjahjono Koentjoro, Hanevi Jasri, Agastya, Prof Laksono Trisnantoro, Niluh Putu Eka Andayani, and Andreasta Meliala); all facilitators (of those that we have not had enough space to address your names); and mentors in this training (Fahmi Husin, Karina Widowati, Hary Agus Sanjoto, Ketut Sura and Ety Kusumaningsih).

The driving force for all achievements, never getting tired of efforts and commitment is Dr. Adi Utarini. Most of the book chapters show her signature and important inputs. She is an example for enhancing team work as shown in her own team and the way she works with others. Her large knowledge on hospitals in Indonesia and open mind for challenges coming up made her the most important asset for the training and ongoing improvement process. To enrich the team, Andreasta Meliala brought his sense of humor and kind attention in the training and coaching classes, while Agastya, applied his profound knowledge in economy and business and his ability to transmit knowledge on this difficult topics to the training participants.

To write the book was a long process and started with a retreat of the authors in Jogjakarta end of 2008, involving also Prof. Peter Hill from Queensland University in Australia. He took over the task to write those parts of general aspects, such as Managing for Change and participated in others. He went through all book chapters, to give advice and to improve the writing where needed.

The following list shows all authors of this book in alphabetic order:

Adi Utarini, dr, MSc, MPH, PhD, Director and Lecturer, Hospital Management, Postgraduate Program in Public Health; Public Health Department, Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada

Agastya, SE, MBA, MPM, Finance Adviser, Hospital Management, Postgraduate Program in Public Health, Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada.

Agusta Ika P. Nugraheni SE, MBA, Assistant Lecturer, Hospital Management, Postgraduate Program in Public Health, Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada.

Andreasta Meliala, dr, MKes, MAS, Vice Director of Academic Affair Hospital Management, Postgraduate Program in Public Health, Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada

Gertrud Schmidt-Ehry, Dr. MPH, gynecologist and obstetrician, tropical medicine, Principal Advisor, SISKES and HRD, GTZ Indonesia

Ki Syahgolang Permata, SE, HMT Coordinator, GTZ HRD, Indonesia.

Peter Hill, MBBS, FFAFPHM, PhD, Associate Professor International Health Policy, Australian Centre for International and Tropical Health; The University of Queensland, Australia.

Improved hospital management, in addition to quality services within a functioning health system, is crucial to reduce mortality, especially for women and children, but also for all other kind of emergencies and major health problems as they may occur. Developing and implementing training needs to be supported by appropriate documents, and links to international literature and documentation. For this reason the hospital management trainer team decided, that it would be worthwhile to write a book on hospital management training – new ways to improve services in Indonesia. This book is meant to be a guide to others who want to implement similar training approaches and to focus their training on the patients and their safety within the hospital and its links to the larger health system.

Concerning the structure of this book and how the authors divide the work, overall this book is a joint effort made by the hospital management program at the Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada and GTZ SISKES-HRD Project in Indonesia. The text begins with a description of the course concept and content (**Chapter One**), written by Adi Utarini and Gertrud Schmidt-Ehry, from whom the ideas for this hospital management training and its overall training approach came. Several aspects in the course design were outlined with the purpose of communicating our thoughts and their actual practices in this hospital management training. This section is particularly relevant for those who are either already engaged in conducting hospital management training or who may be interested to fund and organize such a training program.



For the international communities, the relevance of this training is lifted up through understanding of the context in Indonesia (i.e. hospital situations in a decentralized health system), as described in **Chapter Two** (Background Information) authored by Andreasta Meliala.

Building on the first two chapters, we then set the tone for the need to make real changes in managing hospitals in Indonesia. This is exactly where this **Hospital Management Training** comes in. It is the beginning of a journey to initiate **New ways to improve services** for the patients. Written by Peter Hill, **Chapter Three** emphasizes organization and individual change. Through this chapter, readers are expected to get ready for, and be enthusiastic to introduce and manage changes.

Changes may occur in different levels in the hospital. Inspired by recent literatures in quality improvement, we use four levels to describe the opportunities for which quality improvement can be initiated in a hospital. These are changes in the level of patient/community, service, organization and environment which are then translated into the four learning blocks in the training curriculum, as described in **Chapter Four to Seven**. In addition to initiating changes at these four levels, the level also well correponds to reflect your capacity within the organization and at what level you are comfortable with in the endeavour to make such changes. The framework used and course content was adopted and further developed from the existing curriculum in the master program in Hospital Management, Postgraduate Program in Public Health, Faculty of Medicine, Universitas Gadjah Mada. Adi Utarini, Andreasta Meliala, Agastya and Agusta Ika P. Nugraheni from the Hospital Management Program wrote the chapters to summarize the core content of the training.

As the final chapter, the book concludes with the actual test for hospital managers. It's time to act! Building on the knowledge gained throughout the course, having the team spirit maintained and adequate resources provided, the last chapter (**Chapter Eight**, written by Adi Utarini, Peter Hill and Gertrud Schmidt-Ehry) describes the Quality Improvement Action through the application of Action Research.

In addition to the book there is also a film using a patient story to draw a thread through all efforts to improve hospital management. This can be helpful as an advocacy tool to politicians and decision makers to gain their interest and commitment to invest in hospitals' ongoing quality



improvements. A CD is also available with all training Modules in Indonesian language. The book is written in English in order to be useful as well for other countries within Asia and elsewhere and for the international community. The concept chapter has been translated into Indonesian language and can be a guide and an example on how to develop the training course in Indonesia. The remaining text was not translated, as all details of the training content are available in Indonesian on the accompanying CD.

Gratitude also goes to Karsten van der Oord, who developed the film together with Abdul Haris and helped for layout, leaflets production and finally to make all information available via internet. To prepare the layout of the book in a user friendly way was finalized by Asep Komarudin.

We count on the Ministry of Health Indonesia that this book and the additional tools will find large distribution throughout Indonesia and possibilities to use a similar approach and content will become a possibility for other provinces.

We count on SEAMEO TROPMED to continue to use their network to make this book available to a larger community within Southeast Asia.

We also hope that other international organizations find this book interesting and useful and may support similar training in Indonesia and in other countries.

May this book be a small contribution to the ongoing process in Indonesia to improve the quality of hospitals and thus contributing modestly to reach the Millennium Development Goals. May it help to keep in mind, that hospitals have the honorable duty to give the best services possible at the lowest risk to the full satisfaction of the population in Indonesia.

The Editors and Authors



DAFTAR ISI

Prakata	i
Dean of the Faculty of Medicine of Gadjah Mada University	i
Sekjen Southeast Asian Minister of Education Organization	iii
Dinas Kesehatan Propinsi NTB	iv
GTZ Principles Advisor for SISKES and HRD projects in Indonesia	vi
Pengantar dan ucapan terimakasih	ix
Daftar Isi	xvii
Pengantar Meningkatkan semangat tim rumah sakit dalam perbaikan mutu pelayanan melalui pelatihan manajemen rumah sakit: Konsep dan materi pelatihan	1
Latar belakang informasi pengembangan pelatihan	2
Konsep Pelatihan	3
1. Advokasi untuk HMT	11
2. Pengembangan Kurikulum	13
2.1 Kompetensi Pelatihan	15
2.2 Kurikulum Pelatihan	16
2.3 Modul pelatihan, studi kasus dan penugasan	19
3. Orientasi Pemegang Saham dan Pelatihan bagi Pelatih	22
4. Proses Pelatihan dan Implementasi	23
4.1 Pendekatan tim	23
4.2 Seleksi Rumah Sakit dan Tim	24
4.3 Proses Pelatihan	27
4.4 Monitoring dan Evaluasi Sesama peserta pelatihan	29
4.5 Kegiatan Aksi Peningkatan Kualitas	30
5. Evaluasi Pelatihan	32
5.1 Model Evaluasi Pelatihan	32
5.2 Penilaian Peserta	36
5.3 Analisis Biaya dan Kajian ekonomi HMT	39
5.4 Akreditasi dan Sertifikasi Pelatihan	42

5.5. Transfer Kredit	43
5.6. Pemberian Beasiswa	43
6. Penilaian Dampak Enam Bulan pasca Pelatihan	44
7. Review Pelatihan	47
7.1 Monitoring yang Berkelanjutan	47
7.2 Pembelajaran yang dipetik	49
7.3 Pengembangan ke depan	51
Referensi	54

Meningkatkan semangat tim rumah sakit dalam perbaikan mutu pelayanan melalui pelatihan manajemen rumah sakit:

Pengantar konsep dan materi pelatihan.

Penulis

Dr. Adi Utarini, Direktur, Manajemen Rumah Sakit, Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran UGM – Yogyakarta, Indonesia.

Dr. Gertrud Schmidt-Ehry, Penasehat Utama Proyek SISKES dan HRD, GTZ Indonesia.

Pendahuluan

Tulisan ini menjelaskan awal pengembangan pelatihan manajemen rumah sakit, alasan menggunakan pendekatan ini, persepsi terhadap proses pelatihannya, implementasi pelatihan serta pembelajaran yang dapat dipetik untuk meningkatkan pelatihan berikutnya. Implementasi pelatihan angkatan yang pertama merupakan kegiatan pilot dengan berbagai kekurangan yang telah diantisipasi sebelumnya. Berbagai kelemahan tersebut telah disesuaikan dalam pelaksanaan pelatihan angkatan yang kedua. Diharapkan tulisan ini bermanfaat bagi mereka yang ingin mengimplementasikan pelatihan ini di daerah lain di Indonesia, bahkan di negara lain. Bagi para peserta, tulisan ini memberikan pemahaman konteks pelatihan yang lebih baik sebelum membaca modul pelatihan.

Latar belakang informasi pengembangan pelatihan

Pelatihan Manajemen Rumah sakit (HMT - Hospital Management Training) dikembangkan dalam konteks dua kegiatan proyek yang didanai oleh Pemerintah Inggris dan Jerman, dan dilaksanakan melalui GTZ dan Departemen Kesehatan Indonesia beserta jajarannya. Tujuan umum proyek Perbaikan Sistem Kesehatan Daerah di propinsi Nusa Tenggara Timur/Nusa Tenggara Barat (proyek SISKES) adalah agar masyarakat di Nusa Tenggara Timur (NTT) dan Nusa Tenggara Barat (NTB) terutama masyarakat miskin, wanita dan anak-anak dapat menggunakan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Tujuan proyek Pengembangan Sumber Daya Manusia (Human Resource Development) adalah agar manajemen sumber daya manusia tenaga-tenaga kesehatan yang kompeten di NTT dan NTB mampu memenuhi kebutuhan daerah dan pedoman nasional. Kedua proyek mempunyai fokus kualitas pelayanan dan kualitas tenaga kesehatan sebagai titik awal intervensi. Setiap proyek menggunakan pendekatan multilevel yang diselaraskan dengan kebijakan nasional dan memberikan umpan balik berdasarkan pengalaman di daerah kepada pembuat kebijakan di tingkat pusat. SISKES memprioritaskan masalah kematian ibu dan bayi melalui peningkatan pelaksanaan audit maternal pada kasus-kasus kematian ibu secara sistematis dan pembelajaran dari kesalahan medik (medical errors) di rumah sakit. Melalui pelatihan tim manajemen rumah sakit yang memusatkan pada perubahan perilaku, staf rumah sakit dapat berfokus pada pasien dan menginisiasi perubahan seperti halnya pelaporan kesalahan-kesalahan medis. Pendekatan tim dalam pelatihan ini bertujuan untuk melakukan perubahan. Kegiatan Aksi Perbaikan Mutu (Quality Improvement Action) berskala kecil memfasilitasi penerapan keterampilan yang baru diperoleh dari pelatihan. Manajemen dan keterampilan klinis yang lemah serta pemeliharaan peralatan yang lemah memiliki kontribusi yang signifikan terhadap kematian pasien. Meskipun peningkatan kualitas pelayanan di rumah sakit dapat berdampak terhadap kematian ibu dan bayi, tidak banyak kegiatan oleh lembaga donor internasional yang memberikan dukungan kepada rumah sakit. Dengan sumber daya yang tersedia dalam konteks proyek GTZ, telah dilakukan pengembangan pendekatan pelatihan yang baru, mengujicoba pelatihan tersebut, sebelum akhirnya menarik kesimpulan dan menyarankan pemanfaatan pelatihan ini secara lebih luas. Konsep yang serupa telah dilakukan oleh penasihat utama dua proyek di Kamboja,



yaitu pada tahun 2000 bagi tim manajemen propinsi atau kabupaten dan pada tahun 2003 bagi tim rumah sakit di National Institute of Public Health (NIPH) yang melibatkan SEAMEO TROPMED (South-East Asian Ministries of Education, Tropical Medicine). Hasil penilaian awal rumah sakit di Indonesia menunjukkan masalah yang serupa dalam kualitas manajemen rumah sakit, yang memotivasi replikasi proyek tersebut di Indonesia.

Selain SEAMEO TROPMED, tim dari Kamboja juga terlibat dalam pembahasan akhir dampak pelatihan pada enam bulan pasca pelatihan. Hal ini memberikan kesempatan untuk bertukar pengalaman dan pembelajaran, terutama karena pelatihan di Kamboja dilakukan dalam jangka waktu yang lebih lama dan budaya peningkatan kualitas dilakukan dalam konteks yang lebih luas.



Konsep pelatihan

Kebutuhan untuk mengembangkan pelatihan manajemen rumah sakit di Indonesia merupakan fungsi dari jumlah dan pertumbuhan rumah sakit, kebutuhan terus menerus untuk mencetak manajer rumah sakit yang kompeten, dan ketersediaan institusi pendidikan yang kompeten untuk memberikan pelatihan ini. Pilihan dalam pendidikan-pelatihan manajemen rumah sakit sangat beragam, mulai dari program master manajemen rumah sakit di luar negeri, program S2 manajemen rumah sakit di dalam negeri yang ditawarkan oleh universitas negeri dan swasta, dan program-program pelatihan atau kursus singkat yang dilaksanakan oleh rumah sakit dan asosiasi pelayanan kesehatan, Departemen Kesehatan hingga lembaga-lembaga lain di Indonesia.

Opsi pelatihan manajemen rumah sakit tersebut memiliki beberapa kelebihan dan kelemahan. Kursus S2 manajemen rumah sakit di luar negeri dapat memberikan kualifikasi yang tinggi, akan tetapi para peserta harus meninggalkan pekerjaannya selama 1-2 tahun. Akan tetapi peserta memiliki kesempatan untuk bertukar pengalaman dengan peserta dari negara lain, berada di lingkungan yang berbeda, serta lebih banyak memperoleh sudut pandang internasional dan ide-ide baru untuk dibawa kembali ke tanah air. Kesempatan ini mungkin tidak dapat dinikmati

oleh mereka yang tinggal di daerah yang terpencil dan yang memiliki keterbatasan berbahasa Inggris. Program S2 manajemen rumah sakit di dalam negeri lebih mudah diakses oleh para manajer rumah sakit. Akan tetapi mereka masih harus meninggalkan pekerjaan secara penuh atau paruh waktu mulai dari 3 minggu sampai dengan 3 bulan setiap kalinya. Ketika kembali ke tempat kerja, peserta biasanya kurang memperoleh dukungan dan pengertian yang memungkinkan mereka untuk menerapkan apa yang dipelajari. Proses perubahan juga tentu sulit diinisiasi oleh satu individu saja. Opsi yang tersisa terbatas pada kursus singkat atau program-program pelatihan yang tidak memberikan kualifikasi formal dan seringkali jarang diakreditasi oleh institusi terkemuka. Topik-topik yang ditawarkan sangat beragam, dengan konsekuensi bahwa banyak institusi menawarkan topik serupa (seperti BLU¹ - Rumah Sakit Pemerintah, unit cost, dll.) sehingga banyak duplikasi materi kursus atau justru tidak tersedia pelatihan untuk topik tertentu yang dibutuhkan. Program pelatihan in-house juga merupakan pilihan lain, tetapi tentu saja memerlukan sumber daya finansial dan manusia yang memadai.

Seperti yang dialami oleh beberapa propinsi lain di Indonesia, NTB menghadapi berbagai masalah akibat tingginya tingkat pergantian staf, sumber daya yang terbatas, dan kurangnya motivasi individual untuk memulai proses perubahan. Di sisi lain, propinsi NTB juga mempunyai peringkat indeks pembangunan manusia (Human Development Index) yang terendah di Indonesia. Oleh karenanya, kebutuhan untuk melakukan berbagai peningkatan, terutama di sektor kesehatan, sangatlah mendesak. Di masa yang lalu banyak ditawarkan pelatihan dan sesi-sesi pelatihan yang tidak terintegrasi, yang seringkali terkait dengan proyek. Akibatnya rasa kepemilikan dari tim setempat rendah, dan tidak mendapat dukungan dari para pembuat keputusan dan politisi. Pelatihan yang lain mempunyai situasi yang serupa, yaitu pelatihan tidak menghasikan peningkatan yang diinginkan dan staf tidak termotivasi untuk mengimplementasikan perubahan. Berdasarkan pengalaman tersebut, telah dikembangkan

1. Definisi BLU seperti dijelaskan pada Peraturan Bab 1 No. 1/2004 tentang Pengaturan Keuangan institusi pemerintah, memperbolehkan rumah sakit untuk mengelola dan mengatur pendapatannya di rumah sakit. BLU disusun untuk memberikan pelayanan publik yang lebih baik tanpa mengutamakan keuntungan dan didasarkan oleh prinsip efisiensi dan produktivitas dalam penerapannya. BLU memberikan kesempatan bagi rumah sakit pemerintah untuk menerapkan sistem manajemen yang lebih baik. Tujuan akhirnya adalah (1) meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, (2) meningkatkan efisiensi, dan (3) menjamin akses pelayanan kesehatan yang merata. Untuk memperoleh status BLU, terdapat persyaratan substansi, teknis dan administratif yang harus dipenuhi.

sebuah konsep inovatif pelatihan manajemen rumah sakit untuk mengatasi masalah tersebut. Konsep utama HMT yang dilakukan di NTB adalah sebagai berikut:

- a. Materi pelatihan dikembangkan dalam bentuk modul
- b. Pelatihan diakreditasi oleh sebuah universitas atau institusi pelatihan, dan diberikan kredit yang dapat diakui untuk melanjutkan pendidikan formal (credit transfer system)
- c. Disusun mekanisme agar peserta dapat melanjutkan pelatihan ini dalam proses pendidikan untuk memperoleh gelar pascasarjana. Mekanisme ini memperhitungkan materi pelatihan dan kegiatan aksi perbaikan mutu dibandingkan dengan kurikulum program pascasarjana manajemen rumah sakit, serta mengidentifikasi kekurangan yang perlu dipenuhi, penelitian dan penulisan tesis sebagai persyaratan untuk memenuhi gelar pascasarjana.
- d. Peserta yang berhasil memenuhi persyaratan seleksi di universitas akan diberi kesempatan untuk melanjutkan pendidikan untuk mendapatkan gelar pascasarjana, dengan memperhitungkan kredit yang telah diperoleh selama pelatihan dan memenuhi kredit tambahan yang dibutuhkan.
- e. Pelatihan ini merupakan dasar untuk mengadvokasi kriteria pendidikan yang objektif untuk penempatan tenaga, misalnya gelar pascasarjana manajemen rumah sakit bagi direktur rumah sakit di suatu sistem kesehatan. Apabila pelatihan ini terbukti bermanfaat, maka dapat menjadi rekomendasi bagi peserta pelatihan untuk dipromosikan ke posisi yang lebih tinggi.
- f. Bukti akan manfaat pelatihan ini telah digunakan sebagai bahan negosiasi dengan pimpinan rumah sakit untuk mempertahankan staf dalam jangka waktu yang lebih lama sehingga tidak mengganggu proses perubahan yang sedang dilakukan.
- g. Pelatihan ini telah mengembangkan rencana perkembangan karir bagi para peserta pelatihan sehingga mereka dapat menerapkan materi pelatihan untuk meningkatkan kualitas manajemen rumah sakit.

Agar konsep-konsep tersebut dapat dikembangkan menjadi rencana pelatihan yang konkrit, terlebih dahulu diidentifikasi beberapa institusi

beserta potensinya. Terdapat lima insitusi utama yang mempunyai peran penting dalam pelatihan ini. Institusi tersebut adalah:

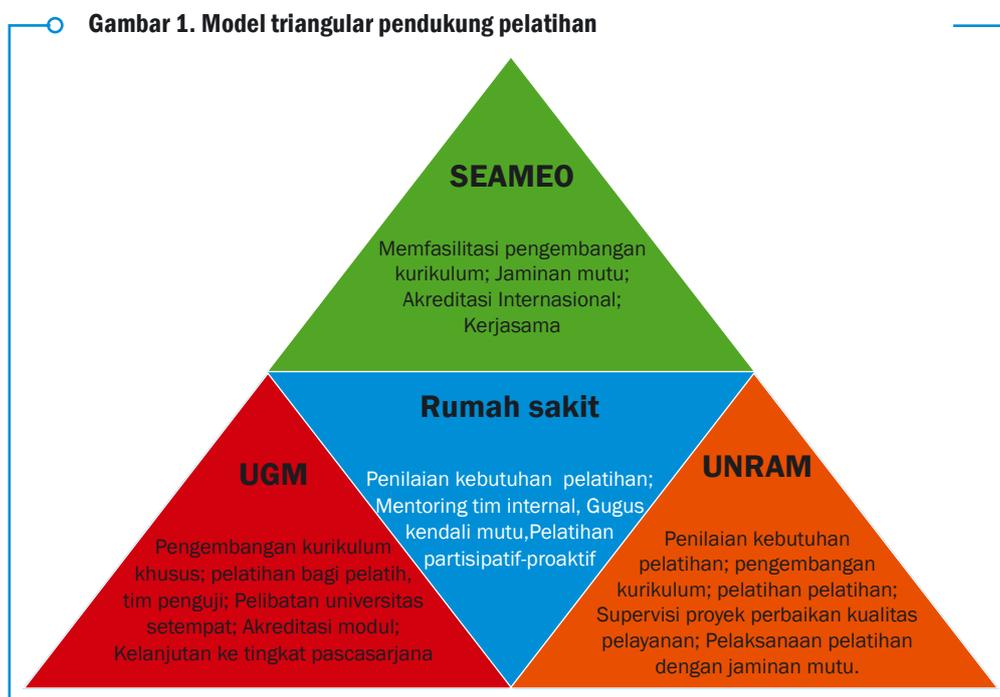
- a. Jejaring SEAMEO TROPMED, dengan pengalaman internasional dan akreditasi serta berpengalaman dalam membangun kapasitas negara-negara tetangga seperti halnya Kamboja, Laos dan Vietnam.
- b. UGM (Universitas Gajah Mada), yang memiliki program pascasarjana manajemen rumah sakit dan berkomitmen tinggi terhadap kualitas pendidikan dan pelatihan.
- c. UNRAM (Universitas Mataram), sebuah universitas negeri di Mataram yang memiliki wawasan yang memadai dalam hal konteks lokal dan mampu menyelenggarakan pelatihan-pelatihan.
- d. Rumah sakit-rumah sakit di propinsi NTB yang telah memulai aktivitas peningkatan kualitas dan mempunyai keinginan besar untuk memperoleh status BLU; beberapa diantaranya mempunyai staf dengan kualifikasi pascasarjana dan dapat berperan sebagai mentor tim.
- e. Staf proyek GTZ, dengan pengalaman internasional dalam praktek manajemen rumah sakit, menyelesaikan masalah serta mengidentifikasi kemungkinan untuk berubah; selain itu juga sebelumnya telah melaksanakan pelatihan dengan konsep serupa.



Model triangular yang melibatkan SEAMEO TROPMED-UGM-UNRAM serta peran setiap pihak telah dikembangkan untuk mendukung pelatihan (Gambar 1). Peran SEAMEO TROPMED adalah membagi pengalaman dari negara lain di Asia Tenggara, menyelenggarakan dan mendampingi tim pemangku kepentingan (stakeholder) yang

melakukan kajibanding (benchmark) ke negara-negara tetangga, mendampingi kegiatan kunci dalam pengembangan pelatihan dan terlibat dalam evaluasi rumah sakit 6 bulan pasca pelatihan. Melalui kegiatan tersebut, SEAMEO TROPMED memiliki peran penting menjamin kualitas dan dapat memberikan akreditasi internasional. UGM telah

mengembangkan kurikulum yang dirancang khusus berdasarkan hasil penilaian kebutuhan pelatihan rumah sakit (dikenal dengan Rapid Assessment Procedure in Hospital Management-RAP HoMe), melakukan lokakarya persiapan yang mengakomodasi kebutuhan-kebutuhan rumah sakit dan mengembangkan materi pelatihan berbasis kurikulum program pascasarjana manajemen rumah sakit saat ini. Disamping itu, UGM juga melakukan pelatihan bagi pelatih, terlibat dalam seleksi peserta pelatihan, mencari akreditasi pelatihan; memberikan pelatihan; mensupervisi kegiatan perbaikan peningkatan kualitas dan melaksanakan ujian akhir; serta mengembangkan rencana kelanjutan untuk ke tingkat pascasarjana. UNRAM terlibat dalam penilaian kebutuhan pelatihan, pengembangan kurikulum, proses pelatihan, pelatihan dan pendamping kegiatan perbaikan kualitas pelayanan dan ujian akhir, serta melaksanakan pelatihan sesuai dengan sistem jaminan mutu. Staf proyek GTZ terlibat dalam seluruh tahap pengembangan konsep dan implementasi pelatihan angkatan kedua yang mencakup seluruh rumah sakit umum di propinsi NTB



Pengalaman dari kegiatan pelatihan sebelumnya, kunci sukses sebuah pelatihan adalah membangun suasana yang kondusif dan memenangkan

dukungan dari pemerintah daerah. Dalam pelatihan ini, siklus berikut ini menggambarkan tahapan penting untuk mencapai hasil yang optimal.

Pertama, advokasi pentingnya manajemen mutu: Dilakukan berbagai kegiatan advokasi dengan para pengambil kebijakan di daerah lokal secara bertahap untuk menarik perhatian, komitmen dan dukungan mereka terhadap konsep manajemen mutu. Kegiatan kajibanding rumah sakit yang melibatkan para pemangku kepentingan yang berasal dari

ADVOKASI UNTUK PELAYANAN MUTU

pemerintah daerah, rumah sakit-rumah sakit telah dilakukan sebelum pelatihan, dengan fasilitasi GTZ dan SEAMEO TROPMED. Melalui kegiatan ini, para pemangku kepentingan memperoleh kesempatan untuk melihat bagaimana pelaksanaan manajemen mutu di negara lain dan manfaatnya bagi rumah sakit mereka. Dalam proses seleksi, dibutuhkan komitmen tertulis dari pemerintah daerah dan rumah sakit agar staf tidak dipindahtugaskan dari posisi mereka sekarang dan untuk menunjukkan komitmen mereka dalam melakukan perubahan dan peningkatan kualitas.

Kedua, materi pelatihan harus berbasis pada kebutuhan setempat dan dikembangkan sesuai dengan standar nasional dan internasional. Prinsip ini diterapkan di HMT melalui RAP-HoMe yang dilakukan terhadap 18 rumah sakit di propinsi NTB dan NTT. Instrumen utama yang digunakan untuk mengevaluasi adalah persyaratan perijinan rumah sakit, evaluasi diri dari European Foundation for Quality Management (EFQM), indikator kinerja rumah sakit dan persepsi terhadap kebutuhan pelatihan. Setiap rumah sakit dikunjungi oleh 3-4 surveyor (yang terdiri dari surveyor UGM dan setempat) selama 2-3 hari. Standar Departemen Kesehatan (Depkes) digunakan untuk mengukur input rumah sakit oleh karena perijinan merupakan kewajiban seluruh rumah sakit umum dan swasta. Dari 18 rumah sakit yang dievaluasi hanya 66,4% dan 63,8% persyaratan perijinan rumah sakit yang dapat dipenuhi. Dari empat komponen standar perijinan rumah sakit, kepatuhan yang terendah adalah tata kelola dan manajemen (Utarini & Jasri, 2006). Temuan ini telah beberapa kali dijabarkan dan didiskusikan dalam lokakarya lanjutan yang diselenggarakan di propinsi NTB dan NTT.

MATERI PELATIHAN BERBASIS KEBUTUHAN LOKAL

PENGEMBANGAN KAPASITAS SETEMPAT MELALUI KERJASAMA

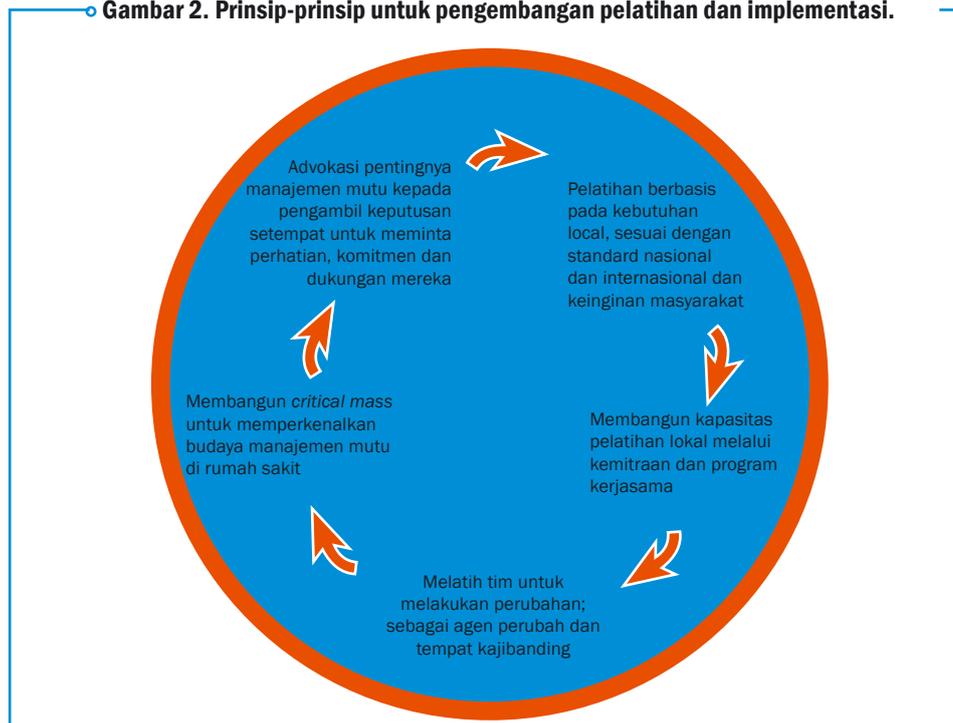
Ketiga, membangun kapasitas lokal melalui kerjasama dan program kerjasama antara universitas nasional terkemuka (UGM) dan universitas setempat (UNRAM). Universitas setempat telah dilibatkan dalam seluruh proses mulai dari persiapan,



implementasi, pelaksanaan pelatihan, pemantauan kegiatan perbaikan kualitas sampai dengan evaluasi akhir pelatihan.

Keempat, melatih tim-tim rumah sakit sebagai agen perubahan dengan tujuan utama merencanakan dan memulai perbaikan-perbaikan di rumah sakit.

◦ **Gambar 2. Prinsip-prinsip untuk pengembangan pelatihan dan implementasi.**



Selama HMT, tim rumah sakit diberikan kesempatan untuk mengaplikasikan apa yang diperoleh dari pelatihan melalui kegiatan aksi perbaikan mutu pelayanan (Quality Improvement Action). Tujuannya adalah agar tim HMT dapat menjalani proses yang utuh, mulai dari analisis masalah, perencanaan, sampai dengan evaluasi hasil, serta membangun *critical mass* untuk memperkenalkan budaya peningkatan mutu di rumah sakit. Hal ini dicapai melalui interaksi yang terstruktur antar tim rumah sakit, staf rumah sakit, mentor, pelatih dan para pemangku kepentingan di akhir setiap blok pembelajaran dan kegiatan aksi perbaikan mutu pelayanan (lihat desain pelatihan di bawah ini).

Selanjutnya disusun sebuah peta pentahapan (roadmap) HMT berbasis prinsip-prinsip pengembangan pelatihan dan implementasi di atas. Peta ini terdiri dari aktivitas berikut, yang akan dijabarkan lebih lanjut:

1. Advokasi di tingkat daerah
2. Pengembangan kurikulum
3. Orientasi pemangku kepentingan dan pelatihan bagi pelatih
4. Implementasi pelatihan, termasuk membangun kerjasama tim dan kegiatan aksi perbaikan mutu pelayanan
5. Evaluasi pelatihan, ujian akhir dan akreditasi
6. Evaluasi dampak 6-12 bulan pasca pelatihan
7. Tinjauan pelatihan angkatan pertama, pembelajaran yang dipetik dan pengembangan ke depan.

Seluruh tujuan pelatihan dan hasil akhir yang diharapkan telah ditetapkan pada saat perencanaan pelatihan dan selanjutnya dikembangkan ide-ide awal konsep pelatihan.

Gambar 3. Keseluruhan tujuan pelatihan kursus dan hasil akhir yang diinginkan.

Tujuan	Harapan	Ukuran
Tujuan pelatihan	Meningkatkan keterampilan manajerial dan perilaku terhadap manajemen mutu di rumah sakit di NTB dan NTT untuk mencapai status BLU berdasarkan standar internasional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Jumlah kandidat yang berhasil menyelesaikan pelatihan ✓ Biaya bagi setiap peserta pelatihan yang berhasil ✓ Mencapai target SPM ✓ Kepuasan pasien dan outcome kesehatan ✓ Mencapai status BLU dan terakreditasi
Hasil yang langsung dapat dicapai	Pengetahuan yang memadai dan keterampilan untuk menerapkan ukuran perbaikan mutu di rumah sakit	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hasil ujian setiap blok dan ujian akhir ✓ Implementasi perbaikan mutu ✓ Perbedaan sebelum dan sesudah pelatihan sebagai ukuran kemampuan pelatih dan konsep
Hasil akhir yang diharapkan/ produk	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Toolkit pelatihan, terdiri dari modul pelatihan, pengembangan konsep dan proses ➤ Perbaikan organisasi dan manajemen rumah sakit ➤ Keberhasilan penerapan kegiatan aksi perbaikankualitas pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Toolkit tersedia dan dibagikan ➤ Survey untuk mengukur kinerja manajemen sebelum dan sesudah pelatihan dan setahun setelahnya ➤ Bukti peningkatan kualitas berdasarkan indikator yang telah ditetapkan

1. Advokasi HMT

Dalam sebuah sistem pelayanan kesehatan yang terdesentralisasi, pemerintah daerah memiliki wewenang untuk menempatkan sumber daya manusia. Hal ini dapat menimbulkan masalah apabila penempatan lebih didasarkan atas pertimbangan politik daripada kompetensi yang sesuai. Untuk itu, komitmen para pemangku kepentingan untuk mempertahankan peserta HMT di rumah sakit masing-masing untuk periode waktu tertentu (minimal 3 tahun) sangatlah penting agar pelatihan memiliki dampak terhadap perbaikan kualitas pelayanan rumah sakit. Strategi yang digunakan untuk advokasi adalah melalui kegiatan kajibanding ke negara-negara tetangga, yang diikuti oleh pemerintah daerah dan direktur rumah sakit serta difasilitasi oleh staf GTZ.

Tujuan umum kajibanding ini adalah untuk memberikan dukungan teknis dan masukan dalam pengembangan dan implementasi HMT berdasarkan pengalaman internasional di negara-negara ASEAN melalui jaringan SEAMEO TROPMED. Adapun tujuan khususnya adalah:

1. Untuk memaparkan pengambil keputusan terhadap kinerja rumah sakit menggunakan pendekatan peningkatan mutu yang dilakukan di Thailand dan Filipina.
2. Untuk memberikan kesempatan berdiskusi dengan para pemangku kepentingan utama di negara-negara yang dikunjungi tentang isu kebijakan dan manajemen sumber daya manusia kesehatan, serta pengembangan dan keberlangsungan kualitas pelayanan yang baik di rumah sakit.
3. Untuk mendapatkan komitmen dari peserta kajibanding untuk mendukung HMT dan kegiatan perbaikan mutu pelayanan, memobilisasi dana lokal untuk pelatihan angkatan selanjutnya dan terpenting adalah untuk memperoleh komitmen untuk mempertahankan para peserta tetap bekerja di rumah sakit masing-masing setelah pelatihan.

Dengan dukungan yang memadai dan kajibanding yang terprogram dengan baik, kegiatan advokasi ini telah memberikan pandangan-pandangan baru kepada tim peserta. Dari kunjungan tersebut, ide-ide baru dan inovasi pelayanan kesehatan yang lebih baik didukung oleh pengetahuan terkini akan sistem kesehatan di Indonesia telah menjadi



faktor motivasi yang kuat bagi tim kajibanding untuk berkomitmen tinggi dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Surat pernyataan komitmen telah ditandatangani oleh asisten Bupati (asisten kepala daerah setempat), Bappeda (badan pembangunan dan perencanaan daerah) dan direktur-direktur rumah sakit. Mengingat adanya pemilu pada saat pelatihan berlangsung (dengan implikasi perubahan penempatan pejabat setempat) dan bahwa surat komitmen tidak mencakup mempertahankan posisi direktur rumah sakit, maka dibutuhkan monitoring yang teliti dibutuhkan untuk melacak sejauhmana komitmen dapat dipenuhi. Pada kegiatan kunjungan advokasi ke pemerintah daerah kabupaten sebagai bagian dari persiapan pelatihan angkatan kedua, kami juga meminta agar propinsi dapat mempertahankan direktur rumah sakit agar tetap pada posisinya. Kunjungan dilakukan oleh tim yang terdiri dari UGM, wakil dari Dinas Kesehatan Propinsi, GTZ dan direktur rumah sakit Propinsi NTB beserta satu alumni peserta HMT angkatan pertama. Hasilnya adalah meningkatnya minat mengikuti HMT angkatan kedua dan komitmen dari seluruh direktur rumah sakit, pemerintah daerah setempat serta dan para anggota dewan.



Implementasi HMT juga dilengkapi dengan sebuah film yang memuat kisah seorang pasien yang diceritakan oleh saudara perempuannya. Meskipun berakhir dengan kematian sang pasien, akan tetapi film tersebut sangat menekankan bagaimana pelatihan HMT dapat mengatasi beberapa masalah yang menyebabkan keterlambatan penanganan kasus. Selain itu film tersebut juga menunjukkan apa yang telah dipelajari

oleh para peserta pelatihan dan inisiasi perbaikan yang telah dilakukan. Film ini bermanfaat untuk advokasi kepada para pengambil keputusan, direktur-direktur rumah sakit, serta masyarakat luas agar mereka dapat memahami upaya tim rumah sakit untuk menangani kasus secara serius. Hal ini membuka suatu dialog baru antara rumah sakit, pasien dan masyarakat.

Kotak 1:

“Dia orang desa, pengemudi kereta kuda. Dia tipe pria yang sedikit naïf, tidak bisa melakukan hal-hal lain. Ketika dia mengeluh sakit kami bertahan satu malam dan keesokan harinya membawa dia ke rumah sakit. Di rumah sakit, kami menunggu sangat lama di bagian gawat darurat, menunggu pemeriksaan darah dan hal-hal lainnya. Kami harus membeli 3 kantong darah tetapi kami tidak punya uang, jadi saya pulang dulu untuk meminjam uang. Saya meminjam Rp. 400.000 untuk membeli darah.

Awalnya ketika sakitnya mulai memburuk, dia datang ke saya dan aku membawanya ke Puskesmas, lalu ke rumah sakit. Tetapi kami harus lebih dahulu membuat surat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan gratis di rumah sakit. Untuk mendapatkan surat ini kami harus menunggu berjam-jam dan saya harus mondar-mandir berkali-kali ke Puskesmas untuk banyak urusan. Sementara itu adik ipar saya sedang mengalami banyak pendarahan di rumah sakit...

[Prosedur administratifnya?] Untuk mengurusnya saya harus bolak-balik ke lantai tiga, sekitar 5 atau 6 kali. Ketika seorang perawat memberikan saya surat, perawat lain di atas mengatakan surat itu salah, “mengapa kamu diberikan ini katanya?” aku bilang “aku tidak tahu. Ini yang mereka berikan padaku di bawah.”

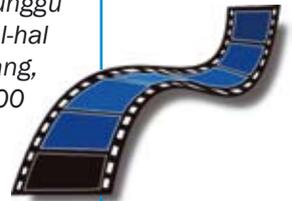
[Berapa lama waktu yang dibutuhkan sebelum adik ipar anda ditangani?] Waa, sangat lama, para dokter sibuk telepon kanan kiri, sementara adik ipar saya sangat menderita, dia kencing darah.

[apakah dia diobati?] Ada banyak dokter, tapi pasiennya juga banyak. Kami menunggu sangat lama di ruang gawat darurat.

[Setelah diberikan setengah kantong darah, akhirnya dia meninggal. Dan darahnya masih beku ya?] Iya, mereka harus menghangatkannya terlebih dahulu, itu tidak bisa digunakan langsung, masih beku karena langsung keluar dari freezer. [Pendarahannya parah?] Iya dan dokter yang masih muda ini menanyakan banyak hal seperti: ‘berapa lama dia sudah seperti ini?’ Aku menjawab “sudah lumayan lama tapi tidak pernah separah ini”.

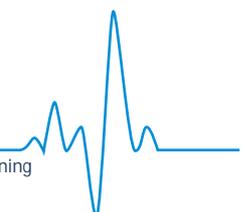
[dan akhirnya dia meninggal?] Iya, aku pulang untuk mandi dan ditelepon kalau dia sudah meninggal.

Yang sangat mengejutkan saya adalah ketika dia sedang mengalami kesakitan, dia tidak terlihat kesakitan sama sekali. Bahkan ketika dia meninggal dia terlihat begitu tenang. Wajahnya terlihat normal, hanya sedikit pucat saja.”



2. Pengembangan kurikulum

Kurikulum pelatihan ini mengadopsi kerangka kurikulum baru yang diterapkan di manajemen rumah sakit, Program Pascasarjana IKM di Fakultas Kedokteran UGM. Dalam kurikulum baru tersebut, tidak lagi



digunakan pendekatan konvensional dalam pendidikan program bisnis. Kurikulum tidak distrukturkan menurut perspektif manajer rumah sakit (yaitu mengacu kepada fungsi-fungsi manajemen), akan tetapi berbasis pada perspektif pasien. Nama mata kuliah seperti manajemen sumber daya manusia, manajemen pemasaran, manajemen informasi, dan lainnya tidak lagi dijumpai dalam kurikulum baru tersebut, oleh karena telah diintegrasikan dalam suatu topik tertentu.

Dua konsep utama dalam pengembangan kurikulum program pascasarjana manajemen rumah sakit mengacu pada Mintzberg (2004) dan Berwick (2002). Mintzberg (2004) menjelaskan kelemahan umum dalam kurikulum pascasarjana program bisnis, apa yang sebenarnya dibutuhkan untuk pembelajaran para manajer sebagai bagian dari pengembangan diri dan organisasi serta bagaimana desain kurikulum dan proses pembelajaran dapat diberikan dalam lingkungan yang kondusif. Delapan prinsip dasar dalam pendidikan manajemen menurut Mintzberg (2004) adalah sebagai berikut:

- Membatasi pendidikan manajemen bagi para manajer yang telah bekerja
- Memperoleh pengalaman belajar dan memberikan umpan balik secara kontinyu kepada organisasi tempat bekerja
- Memecahkan masalah dengan pertimbangan ilmiah
- Merefleksikan pembelajaran manajer dalam kerangka konseptual
- Berbagi pengalaman mengenai kompetensi dengan tujuan meningkatkan kesadaran manajer tentang apa yang dipraktikkan selama ini
- Memacu pembelajaran lebih lanjut dengan mereview dampak pembelajaran terhadap organisasi
- Mengintegrasikan seluruh elemen pembelajaran menjadi sebuah pengalaman refleksi
- Menciptakan program pendidikan menggunakan fasilitasi yang fleksibel.

Konsep kedua adalah “rantai efek” dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang dikembangkan oleh Berwick (2002) di

Institute of Healthcare Improvement (IHI) di Amerika. Rantai efek ini menempatkan pengalaman pasien sebagai sumber utama definisi dan upaya peningkatan kualitas. Keterkaitan antara pengalaman pasien dan sistim pelayanan kesehatan dijabarkan lebih lanjut dalam empat rantai berikut ini: pengalaman pasien dan masyarakat; unit operasional pelayanan (atau disebut sistim mikro); fungsi manajemen di tingkat organisasi untuk mendukung sistim mikro; dan lingkungan kebijakan, pembiayaan, regulasi dan faktor lain yang berpengaruh terhadap organisasi. Setiap rantai atau tingkatan berpengaruh terhadap rantai berikutnya. Selain itu, diperlukan perubahan di tingkatan yang lebih tinggi agar hasilnya memuaskan. Dengan demikian, perbaikan yang dilakukan di setiap tingkatan pada akhirnya harus dapat lebih dirasakan hasilnya oleh pasien dan masyarakat.

○ **Gambar 4. Rantai efek dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Sumber: Berwick, 2002).**



Berbasis konsep kurikulum program pascasarjana manajemen rumah sakit di UGM, dilakukan pengembangan lebih lanjut untuk meningkatkan relevansi lokal bagi rumah sakit di propinsi NTB. Berbagai masukan dari hasil RAP-HoMe pada tahun 2006, lokakarya kurikulum yang melibatkan rumah sakit yang akan dilatih serta institusi utama dalam model triangulasi, serta diskusi antara pelatih UGM dan Unram telah diakomodasi dalam kurikulum akhir HMT.

2.1 Kompetensi Pelatihan

Pada akhir pelatihan, tim rumah sakit diharapkan memiliki kompetensi sebagai berikut:

- a. Memahami dan menggunakan konsep keselamatan pasien dan rumah sakit dalam untuk mengidentifikasi dan mengukur isu keselamatan
- b. Merancang dan meningkatkan proses di tingkat sistem mikro pelayanan
- c. Memahami faktor organisasi dan mengidentifikasi kebutuhan perubahan di tingkat organisasi
- d. Meningkatkan kebutuhan untuk memiliki atribut kepemimpinan dan keterampilan manajerial dalam merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi perubahan
- e. Melibatkan pihak manajemen rumah sakit dalam seluruh proses pelatihan
- f. Berperan sebagai agen perubahan dan menerapkan kegiatan peningkatan mutu

2.2 Kurikulum Pelatihan

Kurikulum HMT menempatkan pasien (dan masyarakat) sebagai fokus dalam setiap manajemen rumah sakit. Kurikulum ini membahas topik-topik yang relevan pada setiap tingkatan, menggunakan pengalaman pasien sebagai dasar yang logis dalam peningkatan kualitas pelayanan di unit-unit operasional. Selanjutnya, kurikulum ini mengkaitkan pengalaman pasien dan pelayanan yang diberikan oleh unit operasional dengan sistem manajemen di tingkat organisasi serta lingkungan eksternal yang lebih luas agar dapat memfasilitasi perubahan di tingkat operasional. Dengan struktur kurikulum ini, peserta pelatihan dapat membahas topik yang sama akan tetapi pada ruang lingkup dan sudut pandang yang berbeda.

Kurikulum terdiri dari beberapa blok pembelajaran, diawali dengan topik mengutamakan pasien dan masyarakat yang diberikan dalam blok pertama bertema “Keselamatan pasien dan pelayanan berfokus pada pelanggan”. Blok pembelajaran ini menanamkan konsep keselamatan pasien dan pelayanan berfokus pada pelanggan ke dalam pelaksanaan tugas setiap tim HMT di rumah sakit. Para peserta pelatihan diharapkan mampu menguasai kompleksitas dan persaingan yang dihadapi rumah sakit, dan mampu mengidentifikasi dinamika perubahan yang dialami rumah sakit. Konsep keselamatan pasien dan pelayanan berfokus pada



pelanggan harus diinternalisasikan dan dikomunikasikan kepada anggota organisasi dan implikasi konsep tersebut terhadap manajemen rumah sakit di tingkat operasional dan organisasi akan dibahas.

Prinsip keselamatan pasien dan pelayanan berfokus pada pelanggan tersebut selanjutnya diaplikasikan di tingkat operasional pelayanan, yang merupakan unit operasional yang memberikan pelayanan secara langsung kepada pasien (atau dikenal dengan sistem mikro). Melalui sistem manajemen klinis, penyedia pelayanan di rumah sakit berinteraksi secara langsung dengan pasien di berbagai

unit pelayanan. Pasien dapat menggunakan pelayanan di unit rawat jalan, gawat darurat, rawat inap, laboratorium, radiologi, farmasi dan unit pelayanan lainnya. Apabila interaksi antara penyedia pelayanan dan pasien tersebut efektif, maka hal ini akan menghasilkan perasaan puas, pengalaman



pasien yang positif, kepercayaan, loyalitas pasien dan keluarga pasien kepada rumah sakit. Keluaran dan biaya pelayanan ditentukan oleh kinerja di tingkat unit pelayanan ini. Oleh karenanya, tingkat sistem mikro sesungguhnya merupakan bisnis utama rumah sakit.

Peningkatan kinerja klinis merupakan esensi utama blok pembelajaran kedua. Blok ini membahas kompleksitas masalah yang terkait dengan manajemen, pelayanan dan risiko dalam rangka menyusun proses manajerial dan proses pelayanan di tingkat sistem mikro. Kemampuan untuk mengimplementasi, memantau, dan mengevaluasi proses-proses manajerial dan pelayanan sangatlah penting untuk mengelola risiko dan meningkatkan kualitas pelayanan klinis. Berbagai konsep dalam tata kelola klinis (clinical governance), manajemen mutu pelayanan, hak-hak pasien dan etika profesi, sistem informasi klinis, logistik, sumber daya manusia, manajemen keperawatan, ekonomi manajerial serta pembiayaan dibahas dalam blok pembelajaran ini. Blok ini juga didukung oleh pengembangan keterampilan manajerial yang memadai. Selanjutnya, interdependensi antara tingkat unit pelayanan dengan tingkat organisasi juga dijabarkan dalam blok kedua ini. Kinerja klinis yang baik tentu saja hanya dapat dicapai apabila fungsi manajemen di organisasi berjalan dengan baik.

○ Gambar 5. Logika Kurikulum dalam Pelatihan Manajemen Rumah Sakit.



Maka dari itu logis apabila blok pembelajaran berikutnya memperkenalkan para peserta pelatihan pada sistem di tingkat organisasi yang terkait dengan kinerja dan fungsi sistem manajemen. Ruang lingkup pembelajarannya meliputi manajemen pemasaran, manajemen keuangan, manajemen operasional, manajemen sumber daya manusia, keuangan dan akuntansi, yang relevan pada tingkat rumah sakit. Dalam blok pembelajaran ketiga (bertema menciptakan rumah sakit yang berfungsi dengan baik), peserta pelatihan diharapkan untuk menggunakan prinsip-prinsip bisnis dan manajemen dalam memecahkan masalah kinerja rumah sakit dan meningkatkan perilaku profesional dalam kerangka sistem tata kelola yang baik (good governance) di rumah sakit.

Kelangsungan hidup rumah sakit tidak hanya bergantung pada kinerja bisnis dan sistem manajemen fungsional, akan tetapi juga dipengaruhi oleh lingkungan luar. Blok pembelajaran terakhir (blok keempat) menekankan pada kerangka rumah sakit sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan. Topik yang dibahas adalah rujukan antara berbagai sarana pelayanan, kebersinggungan antara rumah sakit dengan sistem pelayanan kesehatan, serta faktor lingkungan eksternal yang mempengaruhi pelanggan rumah sakit. Peserta pelatihan melakukan analisis lingkungan bisnis rumah sakit (internal dan eksternal) untuk menyusun formulasi rencana strategis dan rencana bisnis rumah sakit.

Topik pembelajaran meliputi analisis lingkungan rumah sakit (contohnya perubahan pendanaan rumah sakit dan regulasi), manajemen strategik (mencakup proses manajemen strategis, formulasi strategi dan evaluasi rencana strategis) dan rencana bisnis untuk lembaga pelayanan publik (yang di Indonesia dikenal dengan Badan Layanan Umum).

2.3 Modul pelatihan, studi kasus dan penugasan

Kurikulum dan modul pelatihan diadaptasi dari program pascasarjana manajemen rumah sakit di UGM. Berdasarkan masukan dari para pemangku kepentingan ketika lokakarya kurikulum pelatihan, dilakukan modifikasi berikut ini:

- **Kurikulum:** Kurikulum dalam program pascasarjana manajemen rumah sakit semula terdiri dari 6 blok pembelajaran. Untuk kepentingan HMT, tidak diberikan blok pembelajaran terakhir (yaitu metode penelitian dan statistik) oleh karena blok ini memfasilitasi penyusunan tesis yang merupakan persyaratan akademik di tingkat pascasarjana. Selain itu, blok pembelajaran 5 (yaitu kepemimpinan dan manajemen perubahan) diintegrasikan dalam blok pembelajaran sebelumnya tentang manajemen strategik.
- **Sesi dan modul pelatihan:** Setelah modifikasi kurikulum pelatihan disetujui oleh tim inti HMT (core team members) dan para pemangku kepentingan, jumlah sesi dan modul disesuaikan dengan kurikulumnya. Jumlah sesi di setiap blok pembelajaran lebih dipadatkan tanpa mempengaruhi pemahaman keseluruhan dan cakupan topik. Modul disederhanakan dari modul yang digunakan di program pascasarjana rumah sakit, agar lebih mudah dicerna sesuai kebutuhan para peserta HMT.

Studi kasus (berbentuk kasus pendek dan panjang) juga digunakan dalam pelatihan HMT. Kasus dan penugasan digunakan dalam berbagai cara pembelajaran untuk memperdalam pemahaman suatu topik. Kasus yang digunakan di blok pembelajaran keselamatan pasien dan pelayanan berfokus pada pelanggan merupakan kasus pendek yang diambil dari media massa, artikel atau pengalaman pasien. Kasus tersebut digunakan disajikan oleh pelatih sebagai pemicu diskusi kepekaan peserta terhadap masalah keselamatan pasien. Sedangkan penugasan bertujuan untuk



memperdalam kesadaran peserta akan masalah keselamatan pasien di rumah sakit masing-masing. Tim HMT diminta untuk memilih unit pelayanan tertentu (misalnya unit gawat darurat, farmasi, laboratorium, rawat inap, dan lainnya) untuk mengkomunikasikan topik keselamatan pasien dan pelayanan yang berfokus pada pelanggan, serta mengidentifikasi dan menganalisis masalah keselamatan pasien dengan staf di unit tersebut.

Pada blok pembelajaran kedua (sistem manajemen klinis), disusun sebuah kasus panjang yang khusus dikembangkan untuk pelatihan ini. Kasus ini mengilustrasikan kompleksitas kegiatan operasional rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Kasus ini disajikan oleh koordinator blok di awal pembelajaran. Melalui kasus ini, dibahas relevansi dan cakupan topik pembelajaran yang terkait dengan sistem pelayanan klinis. Sebagai ilustrasi, berikut adalah rangkuman kasusnya:

o Kotak 2

APA YANG SALAH?

Pada jam 6.45 pagi, Satiti, seorang ibu hamil berusia 25 tahun, dibawa oleh adiknya ke instalasi gawat darurat dengan kondisi pembukaan dan pendarahan. Dalam pemeriksaan kehamilan, ia diberitahu oleh bidan bahwa akan melahirkan bayi kembar pada kehamilan pertamanya ini. Satiti dianjurkan untuk melahirkan di rumah sakit. Sesampainya di instalasi gawat darurat sebuah rumah sakit, ia harus menanti selama setengah jam sebelum ada perawat yang datang untuk memeriksa keadaannya. Ia lalu dibawa ke ruang persalinan yang letaknya agak jauh dengan brankar tua yang suaranya berderik.

Di ruang persalinan, ia harus menunggu lagi selama setengah jam karena pergantian rotasi perawat (sekitar pukul 7.30 pagi). Akhirnya datang seorang bidan untuk memeriksanya. Tanpa menggunakan sarung tangan, bidan ini melakukan pemeriksaan dan mengatakan bahwa Satiti sudah dalam pembukaan 1-2 cm. Setelah diperiksa oleh dokter kebidanan, Satiti disarankan untuk melahirkan secara normal karena ibu dan bayinya dalam keadaan baik (dengan berat normal dan presentasi bayi normal). Tidak ada indikasi untuk operasi sesar.

APA MASALAH YANG TERIDENTIFIKASI?

MENGAPA DIA MENINGGAL?

Sekitar pukul 2.20 siang, dilahirkan bayi dengan berat badan masing-masing 3200 gram. Segera setelah itu, Satiti mengalami pendarahan hebat dan dokter menginstruksikan untuk memasang infus dan memberikan suntikan oksitosin 10 unit. Pendarahan berlanjut. Kompresi bimanual eksternal dan internal tidak banyak membantu. Akhirnya, dijadwalkan histerektomi dan keluarganya diminta untuk mencari donor darah. Rumah sakit mempunyai 1 kantong darah dan keluarganya berhasil memperoleh 2 kantong darah lagi (satu kantong pada jam 6 sore dan satu kantong lagi pada jam 8.30 malam).

BAGAIMANA CARA MENCEGAH KEMATIAN INI?



Pada akhir blok pembelajaran kedua, diberikan penugasan agar para peserta pelatihan dapat menjelaskan aspek-aspek yang terkait dengan sistem manajemen klinis. Seperti misalnya pengalaman pasien, identifikasi kebutuhan dan harapan pasien, keluaran pelayanan serta aspek lainnya. Para peserta dapat memilih unit pelayanan tertentu yang memberikan pelayanan secara langsung kepada pasien. Di akhir penugasan, para peserta harus menarik kesimpulan dan memberikan rekomendasi untuk meningkatkan pelayanan di unit terpilih.

Kasus dalam blok pembelajaran sistem manajemen fungsional diaplikasikan secara berbeda. Isi blok ketiga ini dirancang menurut fungsi manajemen di tingkat organisasi rumah sakit, seperti misalnya manajemen sumber daya manusia, manajemen pemasaran, keuangan, akuntansi, manajemen mutu, sistem informasi rumah sakit, dan manajemen aset fisik. Oleh karenanya, kasus-kasus (baik kasus pendek maupun panjang), latihan dan penugasan disusun menurut fungsi manajerial tertentu. Mitra dari Universitas Mataram telah menyusun dua kasus panjang untuk memberikan penekanan kepada muatan local, yaitu kasus perilaku konsumen (studi kasus pemasaran) dan kasus kepekaan staf (studi kasus manajemen sumber daya manusia). Selain itu, digunakan pula kasus-kasus pendek pada saat pembelajaran di dalam kelas, untuk memicu diskusi tentang masalah yang ada di rumah sakit dan menjajaki konsep-konsep yang diperlukan untuk memecahkan masalah. Berikut adalah contoh kasus pendek di blok ini:

o Kotak 3

Seorang wanita berusia 40 tahun telah dijadwalkan untuk operasi batu ginjal. Setelah pasien menunggu selama satu jam di kamar operasi, seorang perawat mendatangi keluarga dan memberikan resep obat yang harus dibeli. Keluarga harus membeli di luar rumah sakit karena rumah sakit kehabisan stok obat tersebut. Pada akhirnya, operasi ditunda.

Mengapa pasien tersebut harus menunggu lama di kamar operasi? Bagaimana mungkin sebuah rumah sakit kehabisan stok obat tersebut?

**BAGAIMANA SITUASI INI
BISA TERJADI?**

APA MASALAHNYA?

Pada blok pembelajaran terakhir mengenai manajemen strategik dan kepemimpinan, digunakan kasus-kasus pendek untuk mengilustrasikan tahapan dalam penyusunan rencana strategis rumah sakit. Penugasan blok ini memberikan pilihan kepada peserta HMT untuk menyusun/merevisi rencana strategis rumah sakit atau mengembangkan rencana bisnis rumah sakit dengan format yang telah diberikan kepada peserta.

Para peserta HMT memperoleh materi pelatihan berikut ini:

- Silabus pembelajaran
- Modul pelatihan dan kegiatan setiap sesi
- Studi kasus
- Penugasan
- Materi presentasi

3. **Orientasi bagi pemangku kepentingan dan pelatihan bagi pelatih**

Sebelum pelatihan dimulai, diadakan pertemuan dengan seluruh direktur rumah sakit dan pemangku kepentingan untuk mengingatkan komitmen bersama. Pertemuan ini digunakan pula untuk memperkuat pesan bahwa tidak hanya peserta pelatihan yang akan memperoleh manfaat HMT, melainkan juga staf rumah sakit akan dilibatkan dalam meningkatkan kualitas pelayanan melalui penerapan konsep-konsep yang diperoleh sebagai awal mula proses peningkatan yang berkelanjutan. Direktur rumah sakit diharapkan selalu memperoleh informasi mengenai materi pelatihan dan mendukung proses pembelajaran ini. Tanpa dukungan direktur dan manajemen rumah sakit, maka akan sulit memperluas critical mass yang dapat menjamin keberlanjutan perubahan. Hal ini seharusnya tidak menjadi masalah oleh karena rumah sakit telah berkomitmen untuk meningkatkan kualitas dan memulai berbagai perubahan sebelum kursus HMT dimulai.

Peningkatan kapasitas universitas setempat sangatlah penting dalam melaksanakan pelatihan dan pengembangan pendidikan menggunakan pendekatan dan materi yang inovatif. Kerjasama dosen UNRAM dan UGM juga merupakan salah satu cara transfer pengetahuan untuk memperkuat lembaga universitas setempat. Namun demikian, hal ini juga memberikan berbagai tantangan dalam hal komitmen, terkait dengan persepsi mereka terhadap pendekatan baru tersebut dan beban kerja rutin yang tinggi.

Pelatihan bagi dosen di universitas setempat memberkan perhatian khusus pada materi pelatihan serta metode pembelajarannya. Perlu disepakati pendelegasian tugas dan tanggung jawab yang jelas. Seluruh modul, rencana sesi pembelajaran dan metodenya harus dilengkapi

sebelum awal pelatihan. Pelatih dari universitas setempat memiliki peran penting dalam diskusi dengan tim HMT rumah sakit ketika penugasan. Diskusi tersebut dapat pula digunakan untuk menjelaskan materi yang belum dimengerti, memperkuat teorit dan mengkaitkannya dengan pengalaman dalam pekerjaan. Tim UGM dapat mengunjungi rumah sakit untuk mengevaluasi kualitas mentoring dan memberikan saran. Pelatihan tim membutuhkan perhatian khusus dan persiapan yang matang, oleh karena lembaga pendidikan pada umumnya menyusun program pendidikan yang berfokus pada pembelajaran individu, bukan kepada pembelajaran kelompok. Pengurangan waktu pelatihan dan intensitas dalam kegiatan pelatihan bagi pelatih karena keterbatasan waktu dapat berakibat inefisiensi dan menurunnya kualitas pelatihan.



4. Proses Pelatihan dan Implementasi

4.1 Pendekatan Tim

Kegiatan pelatihan harus menjadi bagian dari upaya yang lebih besar untuk memastikan perbaikan yang nyata bagi pasien yang memerlukan perawatan di rumah sakit. Nilai tambah yang didapatkan harus lebih dari sekedar peningkatan kompetensi individual saja, seperti yang biasanya terjadi dalam program pelatihan individual. Seringkali terjadi lemahnya pemantauan dan pengawasan untuk mendukung praktek dan keterampilan peserta di dunia nyata dan ketidaksesuaian antara kompetensi dan uraian pekerjaan di organisasi. Faktor-faktor tersebut serta tingkat perputaran staf yang tinggi, merupakan kendala dalam peningkatan kinerja staf melalui pelatihan.

Dengan menerapkan pendekatan tim, terdapat kemungkinan yang lebih besar untuk memacu organisasi dengan cara berbagi pengalaman secara terus menerus selama berlangsungnya proses pelatihan. Komunikasi intensif antara tim HMT dan staf di rumah sakit khususnya terjadi selama penugasan di akhir setiap pembelajaran, presentasi hasil pembelajaran dihadapan staf rumah sakit, serta pada kegiatan aksi peningkatan mutu pelayanan.

Komposisi tim juga perlu dipertimbangkan dengan seksama. Komposisi tim harus mencerminkan kompleksitas permasalahan yang dihadapi dan memastikan kapasitas pengambilan keputusan yang cukup di dalam tim HMT untuk memecahkan masalah. Jika posisi struktural tim terlalu rendah di dalam struktur organisasi, maka kemampuan untuk membuat keputusan akan lebih terbatas. Demikian pula jika anggota tim hanya terdiri dari staf fungsional medis, hal-hal yang berkaitan dengan masalah keuangan, logistik dll mungkin kurang dipahami. Oleh karena itu, tim harus mewakili fungsi utama organisasi, seperti pelayanan klinis, keuangan, logistik dan staf fungsional (dokter, perawat, dll.) Jumlah tim sebaiknya tidak terlalu kecil dan tidak pula terlalu besar, yakni berkisar antara 5-6 orang per rumah sakit dan tidak lebih dari sepuluh orang per tim. Jumlah tim seyogyanya tidak mengganggu fungsi pelayanan di rumah sakit.

4.2 Seleksi Rumah Sakit dan Tim

Pelatihan ini ditujukan pada tim manajer menengah hingga senior di rumah sakit, terdiri dari klinisi (dokter, perawat atau tenaga kesehatan lainnya), tim manajemen yang bertanggungjawab atas pelayanan medis, akuntansi atau logistik. Para peserta dapat terdiri dari staf yang telah atau sedang memegang posisi struktural ataupun yang dipersiapkan untuk masuk dalam jajaran manajemen di masa depan. Pelatihan ini juga memberikan kesempatan yang sama bagi peserta perempuan agar dapat meningkatkan jenjang kariernya setelah pelatihan.

Proses penetapan rumah sakit merupakan langkah pertama dalam proses seleksi, oleh karena tujuannya adalah untuk meningkatkan pelayanan bagi masyarakat. Dikembangkan kriteria untuk seleksi rumah sakit dan kriteria untuk seleksi peserta. Kriteria untuk seleksi rumah sakit adalah:

- Surat pernyataan keinginan (letter of intent), yang terdiri dari: penjelasan upaya peningkatan yang terkait dengan lima area penilaian dalam Rap-HoMe (misalnya perijinan, kinerja, kepuasan karyawan, kepuasan pasien dan keuangan) serta daftar peserta yang diusulkan (6-8 orang, 40% wanita)
- Surat komitmen dari pemerintah daerah untuk mempertahankan para peserta untuk bekerja di rumah sakit masing-masing minimal 3 tahun pasca pelatihan

- Surat komitmen untuk berpartisipasi dalam pelatihan yang ditandatangani oleh peserta yang diusulkan dan direktur rumah sakit
- Pengisian formulir bagi setiap calon peserta pelatihan.

○ Gambar 6. Rumah Sakit propinsi dan posisi organigram pelatihan calon



Gambar 6 menunjukkan contoh posisi calon peserta pelatihan dalam struktur organisasi rumah sakit (ditandai dengan warna kuning). Setelah menetapkan rumah sakit, calon peserta diminta mengikuti proses seleksi. Kriteria calon peserta adalah:

- Mempunyai minimal dua tahun pengalaman kerja
- Usia kurang dari 50 tahun
- Telah menyelesaikan pendidikan setingkat diploma atau sarjana
- Memiliki posisi manajer menengah atau bekerja sebagai tenaga profesional (dokter, perawat, bidan atau tenaga kesehatan lain)

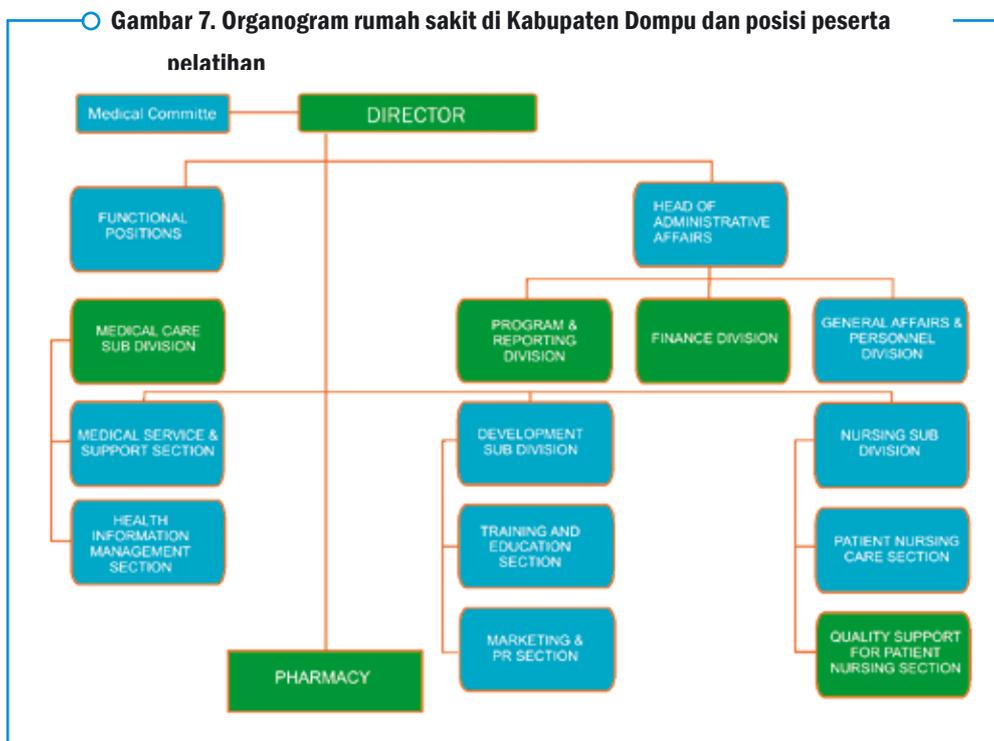
Apabila calon peserta memenuhi persyaratan di atas, mereka akan mengikuti tes seleksi yang terdiri dari ujian tertulis dan wawancara dengan

panelis. Ujian tertulis tidak hanya meliputi aspek-aspek pengetahuan mengenai masalah kesehatan setempat dan kebijakan manajemen rumah sakit, akan tetapi juga kemampuan bekerja dalam tim, serta kemampuan mengidentifikasi dan memecahkan kasus. Wawancara dilakukan oleh tim panelis yang beranggotakan empat penilai, yaitu dari wakil Dinas Kesehatan Propinsi, lembaga internasional (GTZ) dan perguruan tinggi (UGM dan UNRAM). Wawancara mencakup motivasi peserta, kesadaran akan masalah kesehatan dan kebijakan Dinas Kesehatan Propinsi, dan pemahaman dasar tentang manajemen dan masalah manajerial di rumah sakit.

Melalui proses seleksi di atas, dipilih 3 dari 6 rumah sakit umum dan 18 dari 28 calon sebagai peserta HMT angkatan pertama. Seluruh rumah sakit berada di Pulau Lombok sehingga organisasi pelatihan menjadi lebih mudah.

Selama pelatihan angkatan pertama berlangsung, keberadaan staf yang tidak terpilih dapat memiliki dampak negatif pada kinerja tim. Staf yang tidak terpilih cenderung tidak peduli terhadap rangkaian proses selanjutnya. Kondisi ini dapat menimbulkan kecemburuan antar divisi dan staf. Untuk mengatasi hal ini, kriteria seleksi harus dikomunikasikan terlebih dahulu kepada staf. Tim pelatih dapat menolak usulan komposisi staf dan meminta usulan tim baru apabila komposisi tim dianggap belum tepat. Karena terdapat kecenderungan untuk mengikutkan staf dengan kualifikasi yang lebih rendah, maka proses seleksi perlu ditinjau kembali.

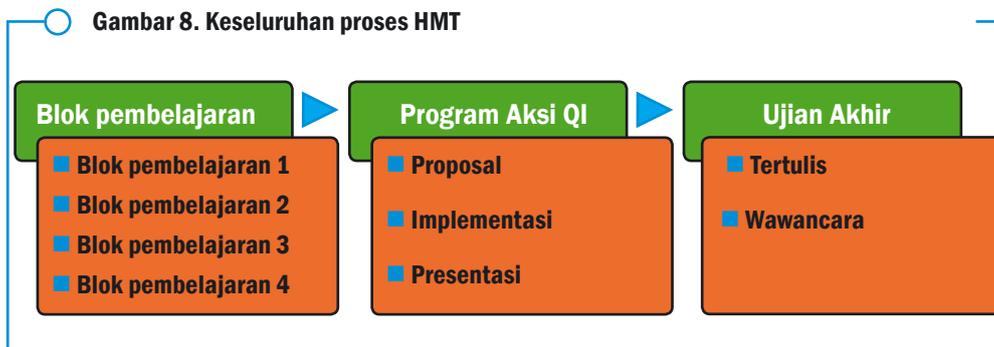
Pada angkatan kedua, dilakukan modifikasi proses seleksi oleh karena rumah sakit yang berada di daerah terpencil tidak memiliki cukup staf yang memenuhi kualifikasi yang dipersyaratkan dalam seleksi. Sasaran utamanya adalah untuk mengikutsertakan seluruh rumah sakit umum di propinsi NTB yang belum terlibat. Konsekuensinya, tidak ada lagi proses seleksi rumah sakit, meskipun tetap diminta untuk memenuhi kriteria yang sudah ditetapkan di atas. Direktur rumah sakit mengusulkan calon peserta, untuk kemudian dianalisis secara kritis. Bila tidak sesuai dengan kriteria, maka daftar calon peserta akan direvisi.



Gambar 7 menunjukkan contoh posisi peserta pelatihan angkatan kedua di RS Dompu. Direktur setempat juga berpartisipasi dalam pelatihan HMT.

4.3 Proses pelatihan

Secara keseluruhan, proses HMT dibagi menjadi tiga komponen utama: empat blok pembelajaran, kegiatan aksi peningkatan kualitas pelayanan (Quality Improvement Action) dan ujian akhir pelatihan. Empat blok pembelajaran dengan penugasan di akhir blok akan berlangsung sekitar 6 bulan. Untuk memperdalam pemahaman terhadap penerapan konsep yang dipelajari, para peserta diminta mempresentasikan setiap blok pembelajaran kepada staf rumah sakit lainnya. Hasilnya akan digunakan sebagai dasar penetapan prioritas masalah manajemen di rumah sakit dan untuk mengidentifikasi intervensi yang layak dilakukan dalam jangka waktu 2 bulan dalam kegiatan aksi peningkatan kualitas pelayanan (QI action project). Hasil aksi peningkatan mutu pelayanan disajikan dalam seminar yang dihadiri oleh para pemangku kepentingan rumah sakit, Dinas Kesehatan Kabupaten/Propinsi, UGM, UNRAM, dan GTZ sebagai lembaga internasional. Kegiatan HMT ditutup dengan ujian akhir pelatihan.

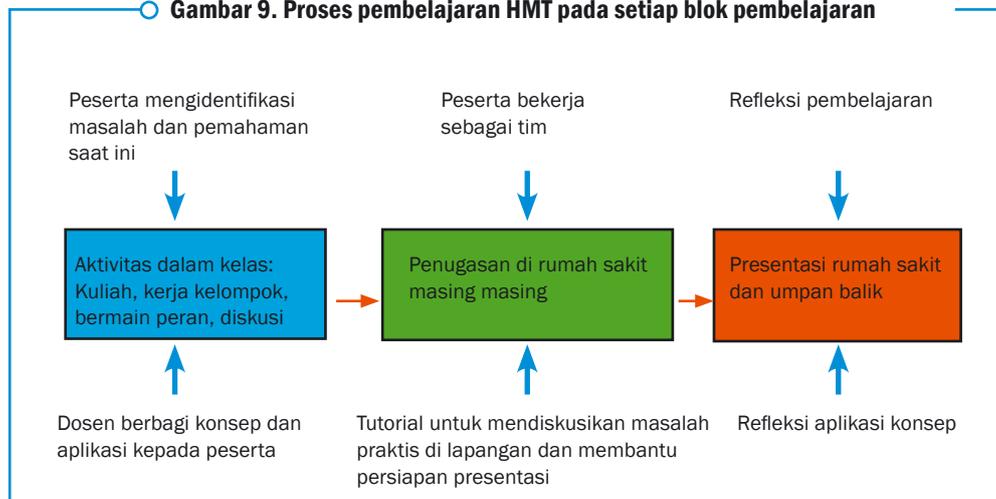


Pelaksanaan blok pembelajaran dilakukan selama dua hari penuh per minggu (hari Jum'at dan Sabtu). Dengan demikian, pelatihan tidak dilakukan dengan 'mengisolasi' peserta dari tugas rutinnnya. Para peserta dapat melakukan tugas rutin seperti biasa di rumah sakit dan secara simultan diharapkan dapat menerapkan konsep yang diberikan selama HMT ke tugas nyata di rumah sakit. Karena peserta berasal dari pulau yang sama dengan jarak yang tidak terlalu jauh dari tempat pelatihan, desain pelatihan seperti ini lebih mudah diterapkan. Apabila para peserta berasal dari pulau, kabupaten atau propinsi yang berbeda, maka pelatihan harus menggunakan pendekatan yang berbeda.

Untuk angkatan kedua di Pulau Sumbawa dengan jarak antar rumah sakit yang cukup jauh, blok pembelajaran diberikan dalam blok waktu satu minggu dalam 3-4 minggu selama pelatihan. Setiap presentasi penugasan pada akhir blok pembelajaran dilakukan di rumah sakit yang berbeda. Berdasarkan pengalaman angkatan pertama, pada angkatan kedua ditambahkan blok Pengantar yang mencakup teknis analisis masalah.

Metode yang digunakan dalam pelatihan ini adalah partisipatori dan pembelajaran aktif. Dalam setiap blok pembelajaran, proses pembelajaran dirancang seperti pada gambar 9.

○ **Gambar 9. Proses pembelajaran HMT pada setiap blok pembelajaran**



Setiap blok pembelajaran diawali dengan penjelasan silabus dan tujuan pembelajaran yang disampaikan oleh koordinator blok. Fasilitator dihimbau untuk memberikan contoh situasi nyata atau studi kasus sebagai pemicu diskusi yang relevan dengan topik yang disampaikan. Dengan demikian, pembelajaran bersifat kontekstual dan peserta termotivasi untuk berperan aktif dalam proses pembelajaran. Setelah itu, mengkaitkan pengalaman dan pemikiran para peserta dengan kerangka teori. Lama sesi 1,5 jam dan akan terbagi menjadi 5-10 menit pendahuluan, 30-45 menit ceramah dan sisa waktunya dapat digunakan untuk diskusi, latihan, simulasi peran dan rangkuman singkat di akhir setiap sesi. Setiap blok pembelajaran mempunyai strategi tersendiri agar konsep dapat lebih digunakan dalam melaksanakan tugas di rumah sakit.

4.4. Mentoring dan Evaluasi Sesama Peserta Pelatihan (Peer-review)

Penugasan blok difasilitasi mentor dengan pengayaan teori yang mungkin belum sepenuhnya dapat diserap selama sesi pelatihan. Mentoring dilakukan secara rutin oleh universitas setempat. Idealnya, mentoring dilakukan di tempat kerja dan tidak di ruang kelas, dengan jadwal yang telah disepakati sebelumnya. Jadwal setiap tim dibagi di awal pelatihan. Pada pelatihan angkatan pertama, prinsip-prinsip mentoring tidak sepenuhnya dilaksanakan. Namun pada angkatan kedua, hal ini telah diperbaiki. Setiap rumah sakit mempunyai mentor tersendiri, dan mentor berpartisipasi dalam seluruh sesi pelatihan. UGM terlibat langsung

untuk memastikan kualitas proses mentoring. Pada akhir pembelajaran blok dan penugasan, tim HMT berbagi pengalaman mengenai materi pelatihan kepada staf rumah sakit dan pihak manajemen di rumah sakit. Komentar dan pertanyaan-pertanyaan penting yang muncul ketika berbagi pengalaman ini akan menjadi masukan yang berharga sebagai bahan pembelajaran selanjutnya. Proses ini menciptakan atmosfer kompetisi yang lebih tinggi dan mendorong setiap tim rumah sakit untuk meningkatkan kualitas penjadiannya.

4.5 Kegiatan Aksi Peningkatan Kualitas

“Think big, start small and act now “. Kegiatan Aksi Peningkatan Kualitas Pelayanan bertujuan untuk meningkatkan pelayanan dan manajemen rumah sakit sebagai dampak langsung HMT terhadap rumah sakit. Tujuan kegiatan ini adalah untuk::

1. Menggunakan konsep yang dipelajari di setiap blok HMT untuk mendiagnosis prioritas masalah peningkatan mutu dan mengembangkan rencana aksi;
2. Mengimplementasi dan mengevaluasi rencana aksi peningkatan mutu; dan
3. Berbagi pengalaman sebagai refleksi pembelajaran dalam menerapkan konsep-konsep.

Dalam menetapkan prioritas masalah, tim HMT didorong untuk menggunakan data yang diperoleh pada penugasan setiap blok pembelajaran dan mempertimbangkan prioritas masalah kesehatan di propinsi NTB. Selain itu, dipertimbangkan pula hal-hal berikut ini:

- Upaya penurunan kematian ibu dan bayi (dengan fokus kematian di rumah sakit)
- Persiapan menuju status BLUD dan akreditasi rumah sakit
- Temuan dari hasil RAP-HoMe
- Konsep utama dalam kurikulum pelatihan (European Foundation for Quality Management), serta
- Komitmen rumah sakit dan rencana peningkatan pelayanan saat ini

Kegiatan Aksi Peningkatan Kualitas Pelayanan merupakan kesempatan bagi tim HMT untuk memperkuat intervensi yang telah dilakukan di setiap rumah sakit, untuk melakukan perubahan baru atau untuk mengubah kebiasaan tertentu. Sasaran intervensi dapat ditujukan pada tingkat yang berbeda di rumah sakit, mulai dari pasien, unit operasional pelayanan, organisasi sampai dengan tingkat lingkungan eksternal (Berwick, 2001). Blok pembelajaran di HMT terkait dengan rantai perbaikan mutu ini. Blok pembelajaran pertama berfokus pada tingkat pasien, block pembelajaran kedua pada tingkat sistem mikro di unit pelayanan, dan blok pembelajaran selanjutnya di tingkat organisasi dan lingkungan. Upaya Tindakan meningkatkan kesadaran pasien untuk berpartisipasi dalam isu-isu keselamatan pasien menggambarkan intervensi di tingkat pasien. Upaya menurunkan infeksi rumah sakit dan meningkatkan tingkat keselamatan pasien di unit gawat darurat merupakan contoh intervensi yang dapat dilakukan pada sistem mikro. Sedangkan contoh intervensi di tingkat organisasi dapat berupa persiapan sistim keselamatan pasien, modifikasi sistim penagihan di rumah sakit, perbaikan sistim manajemen mutu, dan lainnya. Regulasi (seperti halnya perijinan dan akreditasi) merupakan aplikasi intervensi di tingkat lingkungan.

Tim HMT untuk memilih masalah yang dapat dipecahkan selama kurun waktu kegiatan Aksi Peningkatan Kualitas Pelayanan. Tim dapat saja memfokuskan pada masalah yang lebih besar, akan tetapi kegiatan nyata yang dilakukan adalah kegiatan yang dapat dicapai dalam waktu 2 bulan.

Persiapan kegiatan Aksi Peningkatan Kualitas Pelayanan harus melibatkan direktur dan jajaran pimpinan rumah sakit lainnya. Proses ini dapat dimulai sedini mungkin, yaitu pada blok pembelajaran pertama dan masalahnya terus dikembangkan di dalam proses pelatihan selanjutnya. Identifikasi dan analisis masalah dilakukan secara seksama berdasarkan data yang tersedia, berbasis konsep yang dipelajari dan kemudian mengambil fokus padasatusub-masalah tertentu. Masalah harus dikaji secara seksama untuk menentukan indikator kuantitatif yang dapat diukur selama perubahan. Data awal ini merupakan dasar perbaikan mutu yang nantinya dapat dikembangkan lebih lanjut. Berbagai kegiatan disusun untuk mencapai tujuan yang direncanakan. Para peserta perlu menyusun hipotesis, menjelaskan kegiatan-kegiatan yang akan menghasilkan peningkatan mutu pelayanan. Langkah-langkah yang akan dilakukan dideskripsikan secara jelas, risiko diidentifikasi dan strategi untuk meminimalkan risiko tersebut dapat dibahas. Kegiatan Aksi Peningkatan Kualitas Pelayanan mengandalkan staf yang telah tersedia dan memanfaatkan sumber daya

lainnya, berfokus pada perbaikan-perbaikan kecil yang dapat dicapai. Risiko bukan masalah yang utama. Kegiatan ini dapat bagian dari kegiatan yang lebih luas dan dapat merupakan awal mula kegiatan peningkatan kualitas pelayanan yang berkelanjutan.

5. Evaluasi pelatihan

Evaluasi pelatihan dilaksanakan dengan mempertimbangkan berbagai aspek, mencakup kualitas hasil akhir, relevansi, manfaat, dan perbaikan. Hal ini berarti mengaplikasikan prinsip mutu secara keseluruhan, terdiri dari:

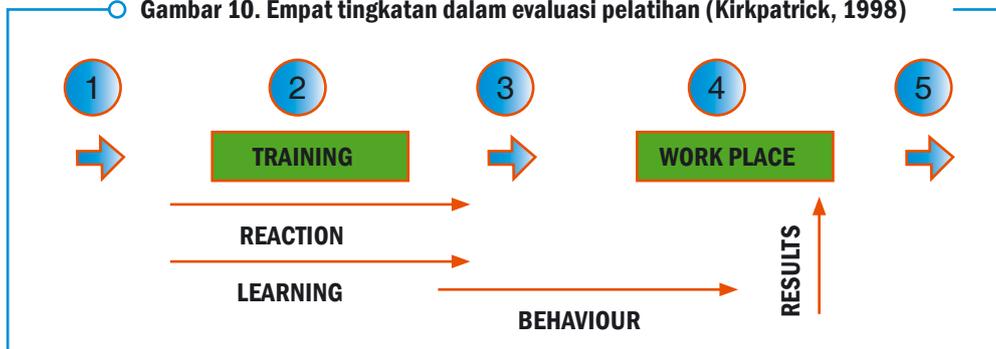
- Proses pelatihan
- Umpan balik untuk pelatih
- Efek pembelajaran bagi para peserta
- Penerapan teori ke dalam praktek
- Pendampingan dalam proses penerapan pembelajaran menjadi tindakan perbaikan
- Evaluasi peserta selama pelatihan dan ujian akhir
- Dampak terhadap perubahan organisasi dan perbaikan

5.1 Model Evaluasi pelatihan

Model evaluasi pelatihan Kirkpatrick (1998) digunakan dalam evaluasi pelatihan ini. Model evaluasi yang dikembangkan oleh Donald Kirkpatrick ini pertama kali dipublikasi tahun 1959 dan hingga kini masih tetap relevan untuk digunakan. Model ini tidak hanya melihat pencapaian pengetahuan dan keterampilan baru, akan tetapi juga mencakup hal-hal di luar kedua aspek di atas, khususnya dampak pelatihan dalam mencapai peningkatan kualitas, dan juga persepsi peserta terhadap kualitas dan proses pelatihan.



Gambar 10. Empat tingkatan dalam evaluasi pelatihan (Kirkpatrick, 1998)

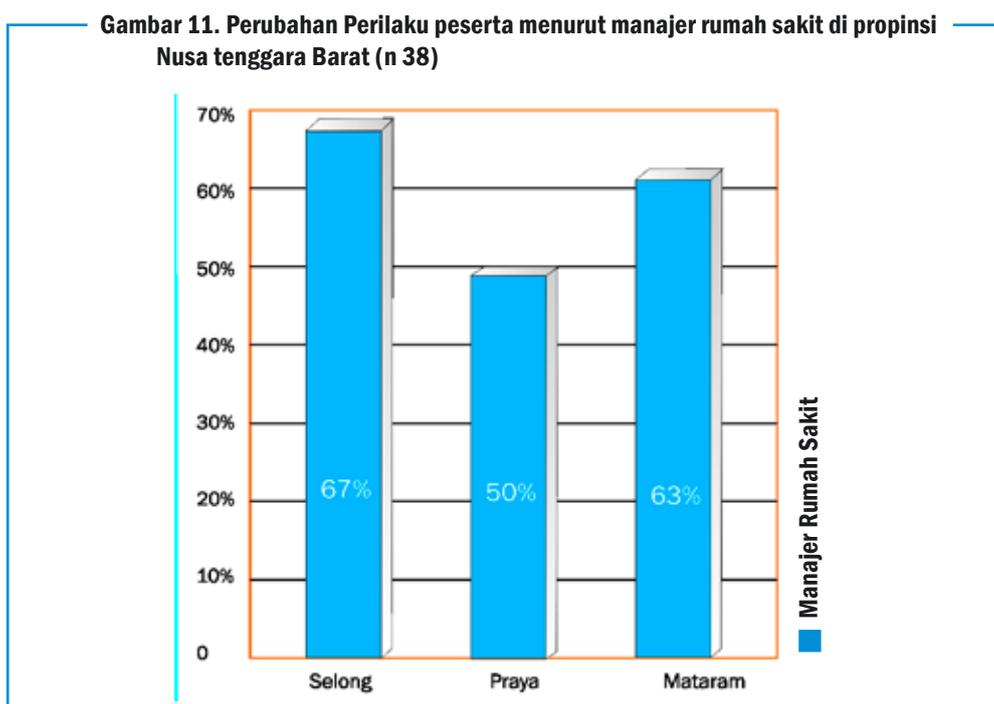


Evaluasi dampak pelatihan terhadap perubahan organisasi secara sistematis umumnya bukan merupakan bagian dari evaluasi proses pelatihan. Lembaga yang mendanai pelatihan jarang pula menyediakan anggaran untuk evaluasi pasca pelatihan dalam kerangka peningkatan pelayanan di organisasi tersebut. Dalam konteks desentralisasi sistem kesehatan yang berimplikasi kompetisi antara sektor kesehatan dengan sektor lainnya dalam hal alokasi pendanaan, maka sangatlah penting untuk memperlihatkan kepada pemerintah daerah bahwa investasi pelatihan dapat memberikan dampak nyata peningkatan kualitas pelayanan publik dan memiliki dampak positif bagi pasien secara langsung.

Dalam pelatihan ini, terdapat empat tingkatan evaluasi pelatihan. Pada tingkat pertama, diidentifikasi reaksi peserta pelatihan terhadap setiap sesi dan blok pembelajaran menggunakan kuesioner singkat yang diisi pada akhir sesi atau hari. Pada evaluasi pelatihan tingkat kedua digunakan metode perbandingan dengan menggunakan kuisisioner sebelum dan sesudah setiap blok pembelajaran. Pre dan postes setiap blok pembelajaran dikembangkan menggunakan pilihan jawaban berganda. Hasil tes ini kemudian disajikan dalam bentuk pencapaian nilai individu dan rata-rata nilai kelompok. Dua tingkatan awal evaluasi ini akan dijalankan selama blok pembelajaran berlangsung.

Kuisisioner reaksi peserta terhadap setiap sesi bermanfaat untuk memberi umpan balik kepada pelatih.

Evaluasi tingkat tiga dan empat (yakni perubahan perilaku dan hasil) dilakukan selama kegiatan aksi peningkatan kualitas pelayanan. Perubahan perilaku didokumentasikan dengan bertanya kepada peserta, kolega dan manajer setiap rumah sakit. Sebuah survei yang melibatkan total 41 responden dari tiga rumah sakit angkatan pertama HMT dilakukan untuk mengidentifikasi persepsi pemangku kepentingan tim HMT di rumah sakit dan memancing diskusi lebih lanjut tentang materi pembelajaran. Responden terdiri dari peserta HMT dan manajer rumah sakit. Selain itu, tim pelatih dari UNRAM juga diikutsertakan dalam wawancara. Dalam survei ini, perubahan atau kemajuan yang berhubungan dengan kegiatan keselamatan pasien, manajemen rumah sakit secara keseluruhan, manajemen sumber daya manusia, pemasaran dan perencanaan strategis diidentifikasi. Selain itu juga manfaat HMT bagi rumah sakit, proses pelatihan serta saran-saran perbaikan HMT juga diidentifikasi. Survei diulang dalam RAP-HoMe 2 dan hasilnya adalah sebagai berikut:



Selain data kuantitatif, juga dikumpulkan data kualitatif. Sebagai contoh di suatu rumah sakit yang manajernya mempunyai persepsi terendah terhadap perubahan perilaku peserta pelatihan, menjelaskan bahwa sulit menilai perubahan perilaku dalam beberapa bulan pasca pelatihan.

Sebaliknya, terdapat pula pimpinan yang melihat perubahan perilaku secara nyata. “Dalam melakukan advokasi keselamatan pasien dan selama kami menyusun revisi rencana strategis, peserta HMT mempunyai berbagai ide dan masukkan untuk rumah sakit. Tim HMT ini merevisi rencana strategis sampai dengan disetujui oleh pemerintah daerah”.

Beberapa komentar peserta di film HMT terkait dengan masalah seperti yang diceritakan oleh staf rumah sakit di bawah ini mencerminkan dampak pelatihan secara langsung :

Kotak 4

“Kami benar-benar merasakan manfaat dari informasi yang diterima oleh tim HMT di rumah sakit kami. Di instalasi gawat darurat kami telah menindaklanjuti rekomendasinya dan sekarang semua telah berjalan lebih baik. Sebelumnya, farmasi untuk instalasi gawat darurat terlalu jauh letaknya dan prosedur untuk mendapatkan obat terlalu panjang. Sejak 1 Juli 2008, kami menyediakan stok obat dan bahan tersendiri untuk instalasi gawat darurat. Dengan demikian, pasien tidak perlu berjalan jauh ke bagian farmasi untuk membeli obat dan kembali kemari.”

Evaluasi tingkat terakhir (evaluasi tingkat 4) dilakukan dengan menilai proses dan hasil aksi peningkatan kualitas pelayanan. Hasil ini mencerminkan perubahan nyata di rumah sakit sebagai hasil dari penguasaan yang komprehensif terhadap materi manajemen rumah sakit dan juga kemampuan manajerial dalam mengelola proses perubahan.

Sayangnya, kegiatan aksi peningkatan kualitas pelayanan pada angkatan pertama belum menunjukkan hasil yang konkrit, akan tetapi memberikan gambaran yang baik terhadap proses dan kegiatannya. Hal ini tidak menjadi masalah, karena proses perbaikan terus berjalan dan dapat ditindaklanjuti dengan lokakarya di kemudian hari. Pada angkatan kedua, kegiatan ini lebih menunjukkan hasil yang nyata oleh karena didukung oleh sistem mentoring yang sistematis.

5.2 Penilaian Peserta

Seluruh evaluasi pelatihan dirancang dengan mempertimbangkan keseimbangan antara kinerja individual dan tim. Kinerja individu dinilai dari pengetahuan yang diperoleh di setiap blok pembelajaran, yang tercermin dari hasil pre dan postes setiap blok dan pada ujian akhir HMT. Sedangkan

kinerja tim itu diukur dari presentasi penugasan blok dan presentasi hasil aksi peningkatan kualitas pelayanan. Dengan demikian terdapat empat komponen penilaian, sebagai berikut:

- 20% : Peningkatan pengetahuan dari nilai pre dan postes di seluruh satuan blok pembelajaran
- 20% : Ujian akhir, terdiri dari tes tertulis dan wawancara oleh panelis dengan proporsi yang seimbang
- 30% : Presentasi rumah sakit pada akhir blok pembelajaran
- 30% : Aksi peningkatan kualitas pelayanan

Pada kenyataannya, presentasi rumah sakit di akhir setiap blok pembelajaran tidak diperhitungkan sebagai bagian dari penilaian kinerja peserta secara keseluruhan. Namun demikian, presentasi tersebut digunakan sebagai kesempatan untuk memberi umpan balik bagi peserta dan mereview konsep utama dalam setiap blok pembelajaran. Oleh karena itu, 30% proporsi awal yang dialokasikan untuk presentasi rumah sakit pada setiap blok pembelajaran didistribusikan secara merata ke ketiga komponen lainnya.

Ujian akhir HMT angkatan pertama memakan waktu dua hari, masing-masing untuk tes tertulis dan wawancara panel. Pada angkatan kedua, ujian akhir dilaksanakan dalam satu hari. Tes tertulis terdiri dari 50 soal pilihan ganda, 10 soal esai singkat, dan satu soal studi kasus. Pembobotannya adalah 40% untuk soal pilihan ganda dan 60% untuk soal esai dan studi kasus. Soal-soal untuk ujian akhir bersumber dari materi pembelajaran dan aksi peningkatan kualitas pelayanan. Secara keseluruhan, nilai maksimum tes tertulis adalah 100.

Wawancara panel mencakup empat aspek. Aspek-aspek tersebut adalah pembelajaran dan rencana individual, perubahan perilaku, motivasi dan komitmen, dan rencana pengembangan karir. Setiap aspek dikembangkan lagi menjadi sub-aspek sebagai berikut:

- A. Pembelajaran dan rencana individual
 - a. Proses pembelajaran
 - b. Pemahaman

- c. Rencana individual
- B. Perubahan perilaku
 - a. Perubahan perilaku peserta
 - b. Perubahan persepsi dan perilaku staf rumah sakit terhadap peserta HMT
- C. Motivasi dan komitmen
 - a. Komitmen
 - b. Motivasi
- D. Rencana karir
 - a. Perubahan-perubahan posisi pekerjaan/karir selama HMT
 - b. Rencana karir
 - c. Kontribusi HMT dan kesempatan untuk menempuh pendidikan lanjutan dalam rencana karir tim HMT

Pada setiap sub-aspek, telah dikembangkan 3-4 pertanyaan sampel (lihat Kotak 5). Panelis diminta memilih 1-2 pertanyaan. Seluruh empat aspek dan 10 sub-aspeknya harus dicakup dalam wawancara selama 30 menit. Nilai maksimal setiap sub-aspek adalah 5. Penilaian dilaksanakan secara individual oleh anggota tim panelis dan dibahas dalam tim sebelum mewawancarai peserta HMT berikutnya. Jika perbedaan nilai individual panelis untuk sub-aspek tertentu melebihi 2, maka hal ini perlu dibahas dan disepakati nilainya.

○ **Kotak 5**

Perubahan perilaku. Aspek 2: perubahan dalam persepsi dan perilaku staf rumah sakit terhadap peserta HMT

- a. *Apakah staf rumah sakit mempunyai perbedaan persepsi terhadap anda selama HMT?*
- b. *Apakah direktur dan staf rumah sakit memperlakukan anda secara berbeda sebelum dan setelah HMT? Apakah perbedaan tersebut merupakan suatu perubahan yang positif?*
- c. *Apakah anda merasa bahwa direktur dan staf rumah sakit lebih menghargai anda setelah berpartisipasi dalam HMT?*

Terdapat tiga-empat tim panelis dan setiap tim panelis terdiri dari pihak-pihak berikut ini:

- Wakil anggota tim utama HMT (HMT core members)
- UGM
- UNRAM
- GTZ

5.3 Analisis biaya dan kajian ekonomi HMT

Sulit untuk mengkuantifikasi manfaat yang diperoleh dari pelatihan, dalam tujuan untuk melakukan analisis efektivitas biaya HMT. Referensi mengenai hal ini juga tidak banyak ditemukan. Pelatihan sering kali dianggap sebagai manfaat tambahan dalam intervensi lain tanpa kuantifikasi tertentu. Salah satu pendekatan untuk menganalisis biaya pelatihan dapat dilakukan dengan cara membandingkan dua macam pelatihan dan dampaknya terhadap pasien.

Kegiatan aksi peningkatan mutu pelayanan berfokus pada perubahan dan hasil yang nyata, seperti misalnya menurunnya tingkat infeksi rumah sakit yang seringkali mengakibatkan operasi ulang, memperbaiki pelaporan kejadian yang tidak diinginkan dan sebagainya dapat membuka peluang mengkaitkan biaya dengan perubahan dan perbaikan.

Meskipun demikian, analisis biaya pelatihan sangat penting dilakukan, terutama oleh karena terbatasnya sumber daya. Isu kesinambungan juga merupakan hal yang penting, oleh karena pelatihan tidak dapat terus menerus bergantung kepada lembaga internasional ataupun lembaga donor lainnya. Pelatihan harus menjadi pilihan yang masuk akal secara finansial dan menguntungkan pemangku kepentingan sehingga pelatihan dapat berlanjut. Analisis biaya yang diukur dari hasil akhir berupa jumlah peserta yang sukses mengikuti pelatihan tidaklah cukup meyakinkan bagi para pemangku kepentingan setempat agar mau menginvestasikan pelatihan seperti ini. Ukuran peningkatan kualitas pelayanan berdasarkan indikator yang dimiliki rumah sakit dapat lebih meyakinkan. Oleh karena cukup banyak faktor yang berpengaruh terhadap dampak nyata keluaran

seperti halnya penurunan kematian ibu dan anak, maka tidak mudah untuk menunjukkan efektivitas biaya pelatihan. Sebagai langkah awal kami mengkaji biaya per input, mengkaitkan biaya tim peserta dan menghitung biaya per individu peserta. Analisis selanjutnya dilakukan berbasis prediksi, oleh karena dibutuhkan waktu yang lebih panjang untuk menilai dampak perubahan dan/atau perbaikan.

Kami menganalisis biaya berdasarkan berbagai masukan pada pelatihan angkatan pertama. Tidak ada biaya tambahan akomodasi untuk peserta, oleh karena semua peserta dapat kembali ke rumah masing-masing setiap hari. Peserta dan pelatih disediakan konsumsi dan makanan ringan selama sesi pelatihan, dan sedikit biaya transportasi (Rp 50. 000² per hari per peserta).

Biaya persiapan mencakup proses seleksi, lokakarya, dan orientasi bagi pemangku kepentingan dan pelatih serta upacara seremonial pembukaan.

Biaya implementasi pelatihan menganalisis biaya untuk setiap blok pembelajaran dan materi pelatihan, termasuk biaya perjalanan pelatih. Hal ini tidak mencakup gaji ataupun perhitungan waktu yang hilang dari para pelatih dan peserta, namun hanya pembayaran langsung yang terkait dengan pelatihan.

Biaya untuk kegiatan aksi peningkatan kualitas pelayanan mencakup persiapan, hasil, dan evaluasi. Biaya tambahan yang mungkin dikeluarkan oleh rumah sakit tidak dimasukkan dalam perhitungan. Lokakarya monitoring adalah mekanisme yang direncanakan untuk evaluasi dan analisis yang berkelanjutan. Manajemen pelatihan meliputi seluruh jenis biaya logistik dan sumber daya manusia untuk koordinasi. Biaya kegiatan kaji banding dan keterlibatan jaringan SEAMEO TROPED tidak termasuk dalam perhitungan.

² Rp 10. 000 adalah sekitar \$ 1 Amerika saat pelatihan berlangsung

○ **Kotak 6: Analisis biaya pelatihan HMT**

Alokasi	Biaya (Rp)	Biaya (Euro)
Fase persiapan	141,295,000	€10,869
Pelaksanaan blok pembelajaran 1-4	378,605,000	€29,123
Kegiatan aksi peningkatan kualitas	200,500,000	€15,423
Lokakarya monitoring	65,405,000	€5,031
Manajemen dan koordinasi pelatihan	258,930,500	€19,918
Ujian akhir (perkiraan)	50,000,000	€3,846
Survei lanjutan kinerja rumah sakit (perkiraan)	260,000,000	€20,000
Total biaya per pelatihan:	1,354,735,500	€104,210
Total biaya per tim rumah sakit:	451,578,500	€34,737
Biaya per peserta pelatihan (18)	75,263,083	€5,789
Biaya SPP program pascasarjana manajemen rumah sakit di UGM	95,449,000	€7,342

1 EURO= Rp 13,000

Biaya per peserta pelatihan yang berhasil tetap lebih rendah daripada partisipasi dalam program pascasarjana manajemen rumah sakit. Meskipun demikian, kekuatan dan kelebihan serta kemungkinan dampak perbaikan bagi pasien yang dihasilkan dari dua strategi pelatihan yang berbeda sulit dilakukan dan memerlukan studi yang kompleks.

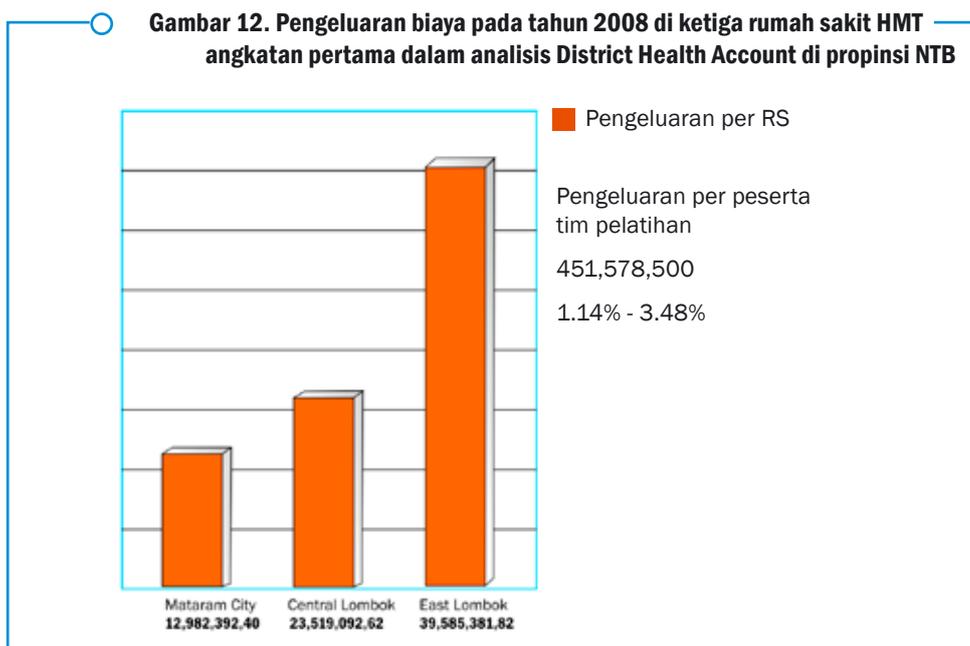
Selama evaluasi kegiatan di awal tahun 2009 dipertimbangkan hal-hal berikut yang terkait dengan efisiensi biaya HMT³ :

○ **Kotak 7: Biaya pelatihan manajemen rumah sakit**

“Refleksi efisiensi biaya pelatihan dibandingkan dengan program pascasarjana haruslah mempertimbangkan dampak pelatihan terhadap perubahan dan perbaikan keselamatan pasien. Program pelatihan yang dibuat secara khusus dinilai mahal jika dibandingkan program pascasarjana manajemen rumah sakit. Akan tetapi, program pascasarjana hanya dapat diakses dengan persyaratan seleksi tertentu yang mungkin tidak dapat dipenuhi oleh peserta pelatihan. Mentoring adalah metode pembelajaran yang penting, akan tetapi untuk melembagakan kegiatan mentoring dan melibatkan universitas setempat merupakan pandangan yang sempit. Pengalaman menunjukkan bahwa pendekatan mentoring yang lebih terbuka tanpa terlalu banyak criteria mentor akan lebih baik. Alumni program pascasarjana UGM merupakan alternatif pilihan dan mereka telah dilibatkan dalam mentoring angkatan kedua di pulau Sumbawa, yang dimulai pada bulan Februari 2009.”

3 Laporan peninjauan Proyek Dr. Susanne Pritze-Aliassime, February 2009

Kemungkinan lain adalah mendanai rumah sakit secara langsung untuk melakukan pelatihan. Apabila disimak total pengeluaran rumah sakit pada tahun 2008 di ketiga rumah sakit pelatihan angkatan pertama dan biaya yang dikeluarkan untuk pelatihan per tim rumah sakit, maka proporsinya hanya sebesar 1-3.5%. Biaya ini seharusnya mampu dikeluarkan rumah sakit apabila dampak pelatihan terhadap peningkatan kualitas pelayanan dapat ditunjukkan secara langsung.



5.4 Akreditasi dan sertifikasi pelatihan

Akreditasi HMT diberikan oleh Dinas Kesehatan Propinsi di propinsi NTB⁴ dan Program Pascasarjana Manajemen Rumah sakit di FK UGM. Akreditasi ini memungkinkan peserta memperoleh kredit akademik apabila di kemudian hari melanjutkan pendidikan di program pascasarjana manajemen rumah sakit di UGM (lihat SKS yang dapat ditransfer). Akreditasi Dinas Kesehatan Propinsi mensyaratkan seluruh rencana pelatihan pada setiap blok pembelajaran sebelum pelaksanaan pelaksanaan. Departemen Kesehatan juga telah dilibatkan sebagai anggota dari tim utama HMT (HMT core members) dan telah berpartisipasi pada setiap kegiatan utama. Keseluruhan evaluasinya adalah sebagai berikut:

⁴ Dengan sistem desentralisasi, akreditasi diberikan oleh tingkat propinsi dan bukan di tingkat pusat.

Penilaian	Komponen	Skor/ Proporsi
Individu		40%
	Pretes blok	100
	Ujian akhir	100
Tim		60%
	Presentasi blok pembelajaran	150
	Aksi peningkatan mutu	150
Total Skor		500 100%

Setelah sukses menyelesaikan HMT, sertifikat pelatihan diberikan kepada peserta dalam dua bentuk, yakni sertifikat kehadiran dan sertifikat pelatihan. Sertifikat kehadiran diberikan jika peserta mengikuti minimal 75% kegiatan pelatihan. Sementara sertifikat pelatihan diberikan apabila peserta mencapai minimal 60% dari nilai individual dan 75% dari nilai tim.

5.5 Transfer Kredit

Untuk setiap blok pembelajaran, kami telah membandingkan kurikulum yang ada di program Pascasarjana Manajemen Rumah sakit di UGM dengan materi HMT untuk menghitung SKS yang dapat ditransfer. Perhitungan ini mempertimbangkan topik pelatihan, jumlah sesi, latihan di kelas dan penugasan lapangan, dan beban keseluruhan. Secara keseluruhan, HMT sebanding dengan 16 SKS yang dapat ditransfer ke program pascasarjana manajemen rumah sakit dari total 35 SKS (tidak termasuk tesis). Hal ini menjadi dasar untuk merencanakan aktivitas pembelajaran yang harus ditempuh apabila melanjutkan ke program pascasarjana. Transfer SKS masih berlaku apabila dipergunakan dalam waktu dua tahun setelah menyelesaikan HMT.

5.6 Pemberian Beasiswa

Pada angkatan pertama, 2 peserta terbaik akan memperoleh beasiswa GTZ yang dipilih berdasarkan hasil evaluasi pelatihan. Hal ini hanya diberikan pada angkatan pertama oleh karena keterbatasan durasi proyek GTZ. Beasiswa mencakup seluruh biaya pendidikan, modul, biaya penelitian, dan biaya hidup sampai dengan wisuda dengan lama kelulusan maksimal 2 tahun. Apabila belum dapat menyelesaikan studinya dalam

waktu 2 tahun, maka peserta bertanggung jawab atas biayanya sendiri. Para peserta dapat mengikuti program pembelajaran reguler intensif atau program reguler dengan pengayaan teknologi di program pascasarjana manajemen rumah sakit di UGM.

Selain itu, program pascasarjana manajemen rumah sakit di UGM juga menambahkan 2 beasiswa SPP kepada peserta terbaik.

6 Penilaian dampak enam bulan pasca pelatihan

Usaha mengevaluasi dampak pelatihan ini terhadap peningkatan pelayanan rumah sakit telah direncanakan sejak persiapan HMT, oleh karena hal ini merupakan bagian penting untuk menunjukkan perubahan dan peningkatan.

Survei RAP-HoMe kedua merupakan penilaian yang komprehensif dan sistematis yang mencakup input, proses, dan keluaran rumah sakit. Untuk itu, akan dibandingkan temuan dari hasil survei RAP-HoMe sebelum dan sesudah HMT untuk menganalisis dampak pelatihan HMT angkatan pertama di tiga rumah sakit di pulau Lombok.

Kerangka konsep pelatihan yang didesain oleh UGM didasarkan atas logika untuk mengidentifikasi kebutuhan, menerapkan pelatihan yang dirancang khusus sebagai intervensi serta penilaian perubahan dan dampak pelatihan tersebut. Tanpa memandang perubahan yang dihasilkan, perlu dilakukan analisis penyebab yang terkait dengan perubahan lingkungan yang negatif yang mungkin terjadi sejak tahun 2006. Penting diketahui apakah tim HMT dapat meningkatkan proses yang prioritas untuk diintervensi, dan apakah direktur rumah sakit berkomitmen dan mampu menerapkan proses perbaikan tersebut.



RAP-HoMe awalnya melihat aspek manajemen rumah sakit dari perspektif yang berbeda, dengan memanfaatkan persyaratan perizinan rumah sakit oleh Departemen Kesehatan dan indikator kinerja rumah sakit, penilaian mandiri EQFM dan kebutuhan penilaian pelatihan yang dirasakan peserta. Penilaian mencakup berbagai perspektif pemangku kepentingan rumah sakit, yaitu perspektif Departemen Kesehatan/Dinas Kesehatan Propinsi-Kabupaten (melalui persyaratan perizinan), perspektif pasien (sebagai bagian dari indikator kinerja), perspektif tenaga profesi kesehatan (sebagai bagian dari indikator kinerja), dan perspektif manajer rumah sakit. Survei RAP-HoMe sebelum dan sesudah HMT menggunakan protokol yang sama agar dapat diperbandingkan, dengan beberapa modifikasi pada survei RAP-HoMe kedua.

Tabel 3. Perbandingan survei RAP-HoMe pertama dan kedua

Aspek	RAP-HoMe Pertama (2006)	RAP-HoMe kedua (2009)
Regulasi	Standar perizinan rumah sakit	Standar perizinan rumah sakit
Manajemen mutu	Penilaian mandiri EQFM	Penilaian mandiri EQFM
Kinerja rumah sakit	Indikator kinerja rumah sakit Depkes	Penambahan indikator dari SPM Depkes (yang telah mencakup indikator kinerja rumah sakit pada survei sebelumnya)
Penilaian kebutuhan pelatihan	Penilaian kebutuhan pelatihan menurut persepsi staf	Tidak dilaksanakan
Studi persepsi manajemen rumah sakit	Dilaksanakan setelah aksi peningkatan kualitas pelayanan	Dilaksanakan dengan modifikasi berupa penambahan pertanyaan

Sebagai contoh, kepuasan pertama hanya diukur pada pasien rawat inap di survei pertama. Akan tetapi pada survei kedua, kepuasan pasien diukur di beberapa unit (yaitu di unit gawat darurat, pasien rawat inap, pasien rawat jalan, lab, dan farmasi) sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Departemen Kesehatan. Survei kedua juga menggali pengalaman pasien di unit tempat pelaksanaan kegiatan aksi peningkatan mutu pelayanan (yaitu di unit gawat darurat rumah sakit Propinsi NTB, bangsal bedah di rumah sakit Praya, dan bangsal obstetrik di rumah sakit Selong). Penilaian perubahan perilaku seperti yang dilakukan setelah kegiatan aksi peningkatan kualitas pelayanan juga diulang pada survei kedua dengan beberapa modifikasi. Selain itu, modifikasi tambahan pada survei kedua terkait dengan pengukuran indikator SPM, yang terdiri dari 96 indikator untuk mengukur pelayanan 21 rumah sakit. Meskipun tidak seluruh indikator diukur dalam survei ini, akan tetapi survei RAP-HoMe kedua menambahkan 24 indikator di 15 pelayanan.

Tabel berikut menunjukkan indikator Standar Pelayanan Minimum rumah sakit Departemen Kesehatan yang dicakup dalam penilaian survei kedua:

Table 4. Standar Pelayanan Minimum rumah sakit yang dicakup dalam survei RAP-HoMe kedua di tiga rumah sakit di propinsi NTB

No	Pelayanan	Indikator	Standard
1	Ruang Gawat Darurat	Waktu respons (waktu tunggu)	5'
		Kompetensi Staf	100%
2	Pelayanan rawat jalan	Jenis pelayanan	4 spesialis dasar
		Kepuasan pasien	80%
3	Pelayanan rawat inap	Jenis pelayanan	4 spesialis dasar
		Kepuasan pasien	80%
4	Kebidanan dan Kandungan	Ketersediaan tim PONEK	Tersedia
		Tingkat kematian ibu karena sepsis	Maksimal 1.5%
		Tingkat kematian ibu karena eklamsia	Maksimal 2%
5	Bedah	Waktu tunggu operasi elektif	Maksimal 2 hari
6	Perawatan intensif	Kompetensi staf	100%
7	Farmasi	Waktu tunggu	Maksimal 30'
		Kepuasan pasien	Minimal 80%
8	Laboratorium	Kalibrasi tepat waktu	100%
		Kepuasan pasien	Minimal 80%
9	Radiology	Ekspertisi untuk radiologi	100%
		Kepuasan pasien	Minimal 80%
10	Gizi	Distribusi makanan tepat waktu	Minimal 90%
11	Logistik dan Maintenans	Maintenans alat tepat waktu	100%
12	Rekam medik	Kelengkapan rekam medik	100%
13	Manajemen Limbah	Kontrol kualitas limbah padat	Maksimal BOD 75 Maksimal COD 27 Maksimal TSS 30 pH 6 - 9
14	Manajemen	Jumlah staf yang dilatih	36 jam
		Kepuasan staf	80%
		Cost recovery	60%

Penilaian haruslah meliputi aspek-aspek dalam kriteria DAC dalam hubungannya terhadap perbaikan rumah sakit dan peran pelatihan HMT:

- Relevansi
- Efektivitas

- Dampak
- Efisiensi
- Kestinambungan

Relevansi dan efektifitas HMT telah dievaluasi sebagai bagian dari evaluasi pelatihan level 1 dan 2. Efisiensi tidak secara khusus dinilai. Akan tetapi, data biaya dan hasil pelatihan dapat digunakan untuk menggambarkan efisiensi. Oleh karena itu, evaluasi kedua menekankan pada dampak dan kestinambungan.

Hasil penilaian dampak pelatihan tidak menunjukkan perbaikan yang diharapkan. Hasil ini telah dibahas dengan setiap tim rumah sakit secara khusus. Penyebab dan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi hasil telah dibahas dan strategi perbaikan telah disusun oleh tim dan direktur rumah sakit. Hal ini penting untuk menjaga semangat perbaikan yang berkelanjutan dan untuk mempersiapkan tim HMT dalam pertemuan pemangku kepentingan HMT yang melibatkan seluruh tim HMT, seluruh pelatih dan organisasi yang terlibat, anggota tim utama HMT termasuk Departemen Kesehatan, SEAMEO TROMED serta untuk pertama kalinya, dua wakil dari Kamboja: wakil koordinator pelatihan dari National Institute of Public Health dan direktur rumah sakit Mongkul Borei, propinsi Banteay Meanchey-Kamboja. Pengalamn Kamboja akan memperkaya pembahasan dalam proses aksi peningkatan kualitas pelayanan, dan hal ini dapat menjadi awal kerjasama jangka panjang.

7 Review pelatihan

HMT menerapkan slogan dalam manajemen mutu: "Lakukanlah hal yang benar pada waktu yang tepat dan perbaiki lagi keesokan harinya". Umpan balik yang berkelanjutan dan monitoring penting untuk memperbaiki proses secara terus menerus untuk menciptakan budaya perbaikan mutu.

7.1 Monitoring yang berkelanjutan

Setiap sesi pelatihan dan blok pembelajaran dievaluasi dan komentar peserta ditindaklanjuti untuk melakukan perbaikan. Modul pelatihan telah diadaptasi selama pelatihan untuk mengakomodasi proses pembelajaran.



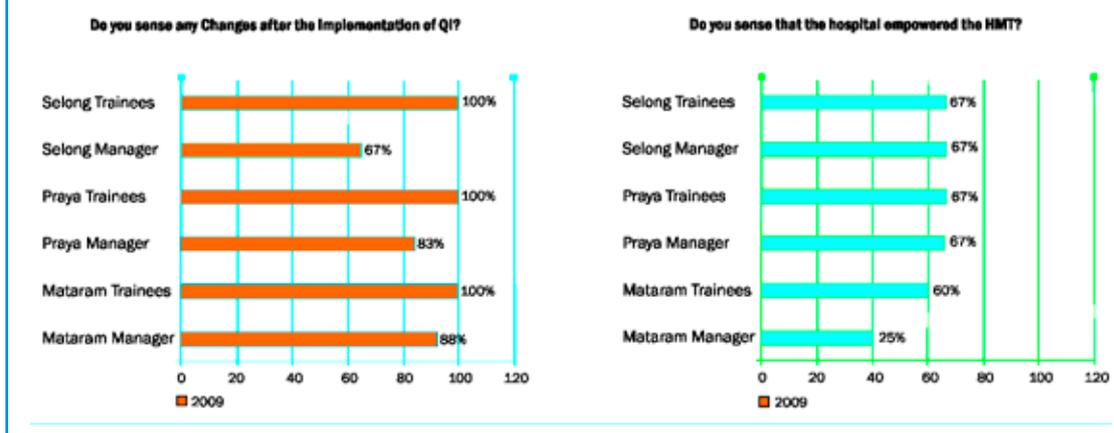
Sebelum kegiatan aksi peningkatan kualitas pelayanan dimulai, telah dilaksanakan review pertama yang bertujuan untuk memahami keseluruhan proses pelatihan. Pada saat tersebut, masih terlalu dini untuk memberikan komentar secara substansial. Monitoring tersebut memberikan peluang koreksi dan perbaikan dalam proses selanjutnya. Sebuah survei yang bertujuan untuk mengetahui persepsi pemangku kepentingan HMT (peserta HMT, manajemen, pelatih dan mentor) telah dilaksanakan di tiga rumah sakit. Hasil survei ini disajikan dalam lokakarya review pelatihan. Persepsi manajer dan peserta HMT berbeda dalam hal ruang lingkup perubahan dan dalam hal manfaat pelatihan. Hasilnya kemudian diberik komentar oleh para pelatih. Survei tersebut diulang 6 bulan pasca pelatihan

Gambar 14. Perbandingan persepsi dari manajer rumah sakit dan peserta pada tahun 2008 dan 2009, sehubungan dengan orientasi pasien



Temuan tersebut merupakan masukan penting dalam lokakarya review pertama yang melibatkan peserta, pelatih dan direktur rumah sakit, staf GTZ dan konsultan, dan juga tim utama HMT serta wakil dari SEAMEO TROPED Bangkok. Hasil survei kedua dan interpretasi hasilnya juga merupakan masukan yang berharga dalam keseluruhan review keseluruhan dan lokakarya evaluasi dampak pelatihan pada bulan Juli 2009.

Gambar 15. Perbandingan persepsi manajer rumah sakit dan peserta dalam perubahan setelah pelaksanaan kegiatan aksi peningkatan mutu pelayanan dan pemberdayaan tim HMT (2009)



7.2 Pembelajaran yang dipetik

Pendekatan dari HMT dirasakan inovatif, dengan potensi yang lebih tinggi untuk mencapai perubahan untuk perbaikan pasien dan rumah sakit dibandingkan dengan pelatihan yang lain. Pendekatan dari tim dapat memberikan sinergi yang lebih baik dan membuat penyelesaian masalah lebih mudah. Proses yang dilakukan memancing diskusi terbuka akan kesalahan medis dan bagaimana cara untuk mengurangnya, atau bahkan untuk menghindarinya. Hal ini belum pernah dilakukan di masa lalu dan diharapkan dapat dipertahankan diluar pelatihannya. Berbagai inisiatif yang telah dimulai sebelum HMT telah berkontribusi pada perubahan positif, tetapi sekarang hal ini bisa lebih terfokus. Keterlibatan dari staf rumah sakit lain dan manajemen utama dilihat sebagai aset istimewa. Hal ini dapat memberikan efek lanjutan sehingga dampak dari pelatihan dapat berkembang jauh di luar tim peserta. Tinjauan antara rekan sejawat secara langsung menaikkan usaha Pendekatan HMT bersifat inovatif, dengan potensi yang lebih besar untuk menghasilkan perubahan demi perbaikan pelayanan kepada pasien di rumah sakit bila dibandingkan dengan pendekatan pelatihan yang lain. Pendekatan tim dapat menghasilkan sinergi yang baik dan memudahkan proses penyelesaian masalah. Proses pelatihan ini mampu memancing diskusi terbuka mengenai kesalahan medis dan cara mencegahnya. Keterbukaan dalam membahas topik yang sensitif ini belum pernah terjadi di masa lalu dan diharapkan dapat

dipertahankan setelah pelatihan. Berbagai inisiatif di rumah sakit yang dilakukan sebelum HMT memberikan kontribusi perubahan yang positif. Keterlibatan staf rumah sakit lain dan pihak manajemen juga merupakan aset yang berharga. Pendekatan ini dapat memberikan efek pelatihan berkelanjutan sehingga dampak pelatihan dapat menjangkau staf lain, tidak hanya tim HMT. Penilaian sesama peserta (peer-review) secara langsung meningkatkan semangat kompetisi peserta oleh karena tidak ada satu orang pun yang terlihat lemah di depan peserta/staf lainnya. Advokasi memberikan manfaat untuk mencegah rotasi staf. Di suatu rumah sakit, rencana rotasi seorang tim HMT telah dibatalkan dan seorang peserta pelatihan telah dipromosikan sebagai wakil direktur. Dalam hal kesetaraan jender, 44, 4% peserta pelatihan angkatan pertama adalah perempuan, sedangkan proporsinya pada angkatan kedua adalah 38%.

Seluruh peserta pelatihan angkatan pertama berasal dari pulau yang sama (pulau Lombok), sehingga pelaksanaan pelatihan lebih mudah diorganisasi. Jarak antar rumah sakit yang terjauh hanya 1,5 jam dengan kendaraan mobil. Hal ini sangat berbeda dengan angkatan kedua. Peserta berasal dari pulau yang berbeda, dengan waktu tempuh perjalanan darat dapat mencapai 12 jam yang peserta yang terjauh. Kondisi tersebut sangat mempengaruhi pelaksanaan pelatihan. Oleh karenanya pertemuan yang semula hanya 2 hari per minggu pada hari Jum'at dan Sabtu tidak mungkin lagi diterapkan pada angkatan kedua. Sesi pelatihan kemudian diberikan dalam blok pembelajaran satu minggu (enam hari pelatihan). Pelaksanaan pelatihan perlu dibahas dengan direktur rumah sakit, agar ketidakhadiran tim HMT (5-6 orang) tidak mengganggu pelayanan rumah sakit. Alternatif lain yang mungkin adalah membagi mereka ke dalam 2 kelompok berjumlah 3 atau 4 orang di setiap kelompok. Untuk menjaga kebersamaan tim dilakukan kegiatan-kegiatan yang bersifat umum dan team building pada awal pelatihan, serta penugasan di rumah sakit dengan fasilitasi mentor. Beban kerja pelatih dapat meningkat, akan tetapi dalam waktu yang lebih singkat. Hal ini dapat berdampak pada peningkatan biaya.

Monitoring berkelanjutan dirasakan sangat bermanfaat untuk peningkatan pelaksanaan pelatihan secara kontinyu, pemberian informasi yang terkini kepada para pemangku kepentingan HMT, stimulus tim rumah sakit untuk secara kritis menanyakan dampak pelatihan terhadap proses perubahan

dan untuk menjaga kegiatan perbaikan mutu yang berkelanjutan. Pembelajaran dari negara lain dan berbagi pengalaman dan tantangan yang dihadapi merupakan cara lain yang berguna untuk memulai proses perbaikan mutu dan menciptakan budaya mutu.

7.3 Pengembangan ke depan

Para pemangku kepentingan yang terlibat dalam proses HMT mengidentifikasi berbagai kekuatan maupun kelemahan dalam HMT. Aspek positif HMT meliputi: kurikulum dan proses pelatihan, pemanfaatan kasus pendek dan panjang sebagai stimulus proses pembelajaran; pendekatan tim sebagai cara untuk menyelesaikan masalah rumah sakit; dampak HMT yang lebih luas di luar peserta pelatihan; mekanisme penilaian sesama peserta pelatihan untuk menciptakan kompetisi antar peserta; dan pengetahuan terkini mengenai sistem pelayanan kesehatan global yang diintegrasikan dalam materi pelatihan (seperti halnya keselamatan pasien).

Selain aspek HMT yang positif, terdapat pula berbagai tantangan, meliputi: beban studi dalam pelatihan; keharusan menyelesaikan seluruh kegiatan pelatihan sebelum blok pembelajaran berikutnya; mempertahankan semangat selama 11 bulan pelatihan; mekanisme yang efektif untuk melibatkan lebih banyak pengambil keputusan pada saat presentasi di rumah sakit; mentoring yang lebih terstruktur dalam membimbing penugasan; dan kaitan antara kegiatan aksi peningkatan kualitas pelayanan dengan materi pembelajaran selama pelatihan; serta keseimbangan antara manfaat individual dan organisasi yang dapat dicapai dari HMT; dan kelanjutan ke program pascasarjana manajemen rumah sakit di UGM. Rangkaian kegiatan pembelajaran selama blok pelatihan dan kegiatan aksi peningkatan kualitas pelayanan kurang terintegrasi dengan baik sejak awal proses pelatihan. Akibatnya analisis masalah topik yang dipilih kurang mendalam dan hasil penugasan di setiap blok pembelajaran kurang dimanfaatkan. Agar dapat memanfaatkan blok pembelajaran secara optimal, disarankan agar topik untuk kegiatan aksi peningkatan kualitas pelayanan dijabarkan sejak awal pelatihan. Masalah dapat diidentifikasi dengan lebih baik dan dianalisis lebih mendalam selama blok-blok pembelajaran. Potensi intervensi pun dapat diidentifikasi lebih awal. Persiapan program aksi peningkatan kualitas pelayanan ini harus dilakukan secara lebih matang.



Untuk memperbaiki implementasi pelatihan pada angkatan kedua dan seterusnya, rekomendasi perbaikan berikut harus dilakukan. Rekomendasi ini juga berguna bagi pihak lain untuk memahami permasalahan yang dihadapi dan solusi yang diusulkan.

a) Advokasi yang berkelanjutan

Sebelum pelatihan, telah dilakukan kunjungan kajibanding dan penandatanganan surat komitmen sebagai bagian dari advokasi kepada pemerintah lokal. Advokasi ini perlu dilanjutkan selama dan sesudah aktivitas pelatihan, dengan mengirim daftar tim peserta HMT yang berhasil menyelesaikan pelatihan, mempertahankan agar pemerintah daerah tetap memperoleh informasi terkini tentang proses pelatihan yang utama, serta mencegah perpindahan posisi direktur rumah sakit. Selain itu, juga dibutuhkan bentuk nyata komitmen direktur rumah sakit untuk mempromosikan dan memberdayakan tim HMT untuk perbaikan pelayanan secara kontinyu. Departemen Kesehatan juga terlibat dalam proses penting selama pelatihan, agar pembelajaran HMT ini dapat disebarluaskan dan direkomendasikan ke propinsi lain atau lembaga penyanggah dana lainnya.

b) Memilih peserta dengan kapasitas yang lebih tinggi

Meskipun pendekatan tim dan komposisi anggota tim memberikan manfaat yang besar, HMT akan lebih menunjukkan dampak yang nyata apabila anggota tim mempunyai kapasitas yang lebih tinggi dalam organisasi.

c) Pengelolaan sumber daya manusia yang lebih baik

Agar pelatihan memberikan dampak kepada organisasi, HMT menggunakan aktivitas pembelajaran yang kompleks dalam jangka waktu yang relatif lama (hampir satu tahun). HMT memberdayakan sumber daya manusia dari beberapa organisasi yang mempunyai peran yang berbeda. Sumber daya pelatih dari universitas setempat dipersiapkan untuk mentransfer pengetahuan dan keterampilan. Dinas Kesehatan Propinsi dan manajer rumah sakit diundang untuk memperkaya relevansi pelatihan terhadap kebijakan setempat dan masalah prioritas yang dihadapi. Direktur-direktur rumah sakit yang dilatih dilibatkan untuk memfasilitasi proses berbagi pengalaman dan mengkomunikasikan kepada staf lainnya di rumah sakit dan mendukung tim HMT dalam menginisiasi perubahan. Selama pelatihan terdapat peran sumber daya manusia yang beragam, mulai

dari sebagai pelatih, fasilitator diskusi, tutor dalam sesi tutorial untuk membahas penugasan lapangan, monitoring dan fasilitasi selama aksi peningkatan kualitas pelayanan. Agar hal ini menjadi suatu sinergi dalam proses pembelajaran, sumber daya manusia ini perlu untuk dipersiapkan lebih baik dan disinkronkan untuk mengoptimalkan kapasitas dan peran mereka.

d) Mempersiapkan peserta dengan lebih baik

Sebelum pelaksanaan blok pembelajaran, tim HMT dapat dipersiapkan lebih baik dengan pemberian sesi mengenai analisis masalah, menelusuri literatur dan cara membaca yang efektif. Distribusi materi pelatihan sebelumnya juga akan meningkatkan kesiapan peserta HMT.

e) Merencanakan aksi peningkatan kualitas pelayanan sejak awal dan sistim mentoring

Identifikasi masalah yang akan diangkat untuk topik aksi peningkatan kualitas pelayanan dapat dilakukan lebih awal agar analisisnya memadai serta dapat memanfaatkan proses pembelajaran blok dan penugasan laporan di setiap blok. Selama pelaksanaan aksi peningkatan kualitas pelayanan, diperlukan mekanisme untuk monitoring dan mentoring yang ketat untuk memastikan ketepatan waktu dan hasil perubahan yang efektif. Sumber daya manusia dari berbagai lembaga, seperti halnya Bapelkes Mataram dan staf GTZ dapat dilibatkan dalam kegiatan ini.

f) Mendorong perilaku peserta yang proaktif

Pelatihan seperti ini menuntut harapan yang tinggi dari para peserta, oleh karena peserta tidak hanya diharapkan untuk menguasai materi pelatihannya, akan tetapi juga mampu berbagi dan mengkomunikasikan materi pelatihan tertentu kepada staf rumah sakit agar mulai terjadi perubahan-perubahan selama pelatihan serta dampak pelatihan ini dapat lebih dirasakan di tingkat organisasi. Konsekuensinya, beban peserta menjadi tinggi. Oleh karenanya, setiap permasalahan yang terjadi selama proses pelatihan perlu segera dibahas dengan sesama peserta, mentor, pelatih ataupun koordinator pelatihan. Menjaga dialog yang terbuka dengan pelatih, sesama peserta, direktur rumah sakit, dan pihak lain dalam pelatihan sangat penting untuk menjaga semangat, motivasi, dan komitmen peserta sebagai agen perubahan bagi organisasi.

g) Kemungkinan penerapan pendekatan pelatihan ini di negara lain

Diseminasi proses dan buku teks HMT melalui jaringan SEAMEO TROPMED dapat menarik minat negara lain untuk menggunakan pendekatan pelatihan yang serupa, seperti yang pernah dibahas pada pertemuan dewan SEAMEO TROPMED pada tahun 2008 di Laos dan Vietnam. Pengalaman Indonesia dan Kamboja dapat digunakan sebagai langkah awal.

Menurut pendapat Prof. Dr. Sandra Tempongko dari jaringan SEAMEO TROPMED pada saat lokakarya evaluasi dampak akhir HMT yang diselenggarakan pada bulan Juli 2009, keseluruhan evaluasi materi dan metode pelatihan merupakan aspek yang sangat positif. Rangkaian blok pembelajaran sangat dihargai oleh peserta dan dianggap mampu lebih menggerakkan mereka dalam memperbaiki kinerja rumah sakit. Pendekatan segitiga (triangular) dalam perencanaan dan monitoring pelatihan secara rinci dan juga integrasi berbagai masukan dari hasil evaluasi merupakan sumber kekuatan yang lain. Selain itu, peluang perbaikan mutu yang diberikan kepada tim HMT yang merupakan komponen dari proses pelatihan ini menunjukkan komitmen yang kuat untuk melakukan perubahan melalui pelatihan. Internalisasi perbaikan mutu dan budaya keselamatan pasien ini merupakan kekuatan tim dan hal ini diharapkan dapat dipertahankan di tingkat organisasi rumah sakit.

Penerapan HMT dan aksi peningkatan kualitas pelayanan tidak terlepas dari berbagai kelemahan. Kelemahan ini juga dideskripsikan dan direspons sebagai tantangan dan pembelajaran yang dapat dipetik. Model triangulasi dan keterlibatan seluruh pemangku kepentingan dalam mengidentifikasi masalah, analisis masalah dan memberikan rekomendasi untuk perbaikan kualitas implementasi pelatihan telah diterapkan pada HMT angkatan kedua.

Keberlangsungan hasil HMT dan pemberdayaan tim tergantung dari banyak faktor. Faktor yang berpengaruh secara langsung adalah komitmen direktur rumah sakit, yang berarti komitmen rumah sakit secara keseluruhan. Secara spesifik, peran dan tingkat partisipasi direktur rumah sakit selama pelatihan HMT sangatlah menentukan. Akan lebih ideal lagi apabila direktur rumah sakitnya dapat mengikuti pelatihan HMT. Namun, hal ini seringkali sulit dilakukan. Oleh karenanya, harus diidentifikasi alternatif



lain untuk melibatkan direktur rumah sakit selain partisipasi langsung dalam tim HMT. Misalnya melalui penyelenggaraan seminar sehari di awal blok pembelajaran yang memberikan orientasi mengenai blok tersebut. Pada angkatan kedua HMT, direksi rumah sakit diundang secara langsung untuk mengikuti kegiatan tertentu.

Aplikasi pelatihan ini dapat diperluas ke propinsi lain di Indonesia dan ke negara-negara lain dalam tingkat regional. Pengalaman HMT di Kamboja dan Indonesia dapat dijadikan sebagai model untuk berbagi pengalaman dengan negara-negara lain. Pembelajaran yang dapat dipetik dari pengalaman pelatihan dan identifikasi daerah/negara yang potensial untuk mengadaptasi pelatihan ini perlu mempertimbangkan konteks pengembangan rumah sakit dan kondisi wilayah-negara di tempat HMT dilaksanakan. Apabila akses ke pendidikan pascasarjana atau pelatihan manajemen rumah sakit terbatas dikarenakan faktor geografis ataupun tidak tersedianya program pelatihan yang diperlukan, terbatasnya SDM sementara kebutuhan pelatihan sangat tinggi untuk pengembangan kapasitas mengelola rumah sakit serta beban penyakit yang tinggi seperti halnya di propinsi NTP, maka pelatihan ini dapat menjadi model yang paling efektif dan efisien.

Referensi:

Berwick DM. **A User's Manual for the IOM's 'Quality Chasm' Report.** *Health Affairs*, 2002; 21(3): 80-90.

Kirkpatrick DL. **Evaluating Training Programs: The Four Levels.** San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 1998.

Mintzberg H. **Managers not MBAs: A hard look at the soft practice of managing and management development.** San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc; 2004.

Utarini A. and Jasri H. **Final Report on Rapid Assessment Procedures in Hospital Management (RAP-HoMe) in West and East Nusa Tenggara Provinces.** Yogyakarta: Minat Utama Manajemen Rumahsakit, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada; 2006.

Waterman H, Tillen D, Dickson R, de Koning K. **Action research: a systematic review and guidance for assessment.** *Health Technology Assessment*, 2001; 5: 23.

WHO. **World Alliance for Patient Safety: WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools.** Geneva: WHO; 2008.