

KEPEMIMPINAN KLINIK – PERAN DAN TANTANGAN MANAJER RUMAH SAKIT DALAM PENINGKATAN MUTU PELAYANAN KESEHATAN

*CLINICAL LEADERSHIP-THE ROLE AND CHALLENGE OF HOSPITAL MANAGER
IN IMPROVING THE QUALITY OF HEALTH SERVICES*

Iwan Dwiprahasto

Clinical Epidemiology & Biostatistics Unit (CE&BU)
Fakultas Kedokteran UGM Yogyakarta

ABSTRACT

Health systems worldwide recognize the need for clinicians to be closely involved in leadership and management decisions. The reasons have been well documented. The quality of healthcare is determined largely by the expert skills and knowledge of clinicians. Clinicians have a high level of professional freedom and discretion in their actions. Their clinical judgments largely determine current and future resource allocation decisions. As a result, health systems recognize the importance of involving clinicians in the management and leadership of health care organizations.

This article contents that clinical leadership is a fundamental organizational competence in healthcare. It defines clinical leadership. It identifies and describes features of the context and process of clinical leadership. It analysis key aspects of leadership competence and reviews the constituents of this competence from a number of differing viewpoints.

Keywords: clinical leadership, evidence-based medicine, accountability, clinical governance, quality of care

PENGANTAR

Dalam 10 tahun terakhir ini telah terjadi berbagai perubahan mendasar dalam pelayanan klinik di rumah sakit dan unit pelayanan kesehatan lainnya. Jika semula rumah sakit lebih mengandalkan pada mutu dan kesetaraan akses (*equity*), saat ini pelayanan lebih terfokus pada pasien (*patient centered*) yang secara lebih rinci diterjemahkan menjadi *patient safety*. Mengapa demikian? Dari berbagai penelitian akhir-akhir ini menunjukkan bahwa mengandalkan pelayanan hanya pada kemampuan klinik dan manajerial semata ternyata justru sering berakhir pada situasi yang kadang merugikan pasien.

Data mengenai *medical error* yang ada, yang secara jelas merugikan pasien, telah menghempaskan aksioma yang mengatakan bahwa klinisi selalu benar dalam setiap pengambilan keputusan klinik dan tindakan medik. Menurut laporan The Institute of Medicine¹, di Amerika Serikat setiap tahunnya paling tidak terjadi 100.000 kematian di rumah sakit akibat *medical error*. Dua studi yang dilakukan di New York menggunakan data tahun 1984 dan di Colorado

serta Utah menggunakan data tahun 1992 menemukan bahwa insidensi *adverse event* akibat kesalahan manajemen medik mencapai 2,9% hingga 3,7%. Dari seluruh kejadian *adverse event* tersebut 58% sebenarnya dapat dicegah.²

Biaya yang harus dikeluarkan oleh pemerintah AS akibat *medical error* diperkirakan mencapai 37,6 hingga 50 milyar dolar per tahun. Nilai ini sama dengan sekitar 2% hingga 4% dari seluruh anggaran belanja nasional AS pada tahun 1996. Atas dasar permasalahan tersebut, melalui suatu memorandum pemerintah AS mengeluarkan suatu kebijakan mengenai upaya medik yang lebih ditekankan pada keamanan bagi pasien (*patient safety*). Hal yang sama juga dilakukan oleh pemerintah Inggris, Australia, dan New Zealand antara lain dalam bentuk *clinical governance* yang di dalamnya terdapat komponen kepemimpinan klinik (*clinical leadership*).

Dalam makalah ini dibahas peran kepemimpinan klinik dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan serta keterkaitannya dengan pengembangan pelayanan kesehatan yang berfokus pada konsep *patient safety*.

Perkembangan Kepemimpinan Klinik dan Mutu a. Kepemimpinan Klinik Versus Otonomi Klinik

Kepemimpinan klinik umumnya berkaitan dengan klinisi yang secara langsung terlibat dalam proses pelayanan kepada pasien. Istilah *clinical leader* biasanya juga digunakan untuk seorang klinisi yang selain masih aktif terlibat dalam pelayanan pasien juga berperan serta dalam proses manajerial termasuk di antaranya manajemen SDM. Hal ini berbeda dengan klinisi yang diangkat sebagai manajer dan terpaksa tidak lagi terlibat langsung dalam penatalaksanaan pasien.

Dalam praktik kedokteran tempo dulu dikenal istilah otonomi klinik yaitu bahwa seorang klinisi memiliki otoritas penuh dalam pengambilan keputusan medik dan penatalaksanaan klinik bagi pasiennya. Istilah ini selanjutnya berkembang menjadi *clinical freedom* atau kebebasan klinis dari seorang dokter dalam mengobati pasien. Melalui paradigma baru kedokteran yaitu *evidence-based medicine*, maka konsep kebebasan klinik ataupun otonomi klinik dianggap sudah usang dan harus segera ditinggalkan. Mengapa? Karena pada dasarnya setiap upaya medik haruslah dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah berdasarkan hasil-hasil penelitian yang terbaru dan valid. Atas dasar paradigma baru ini maka penatalaksanaan medik yang hanya berbasis pada pengalaman (*experience*) dan pendapat individu (*individual opinion*) sudah ditinggalkan orang. Bahkan Hampton³, seorang ahli jantung terkemuka pernah menyatakan melalui *British Medical Journal* bahwa *clinical freedom is death* yaitu dokter tidak lagi dapat melakukan tindakan medik sesuai dengan pendapatnya pribadi karena setiap dokter selalu memiliki keterbatasan baik dalam hal ilmu, pengetahuan, maupun keterampilan.

b. Kepemimpinan Klinik dan Evidence-based Medicine

Ilmu kedokteran berkembang sangat pesat. Teori-teori lama segera digantikan dengan teori baru yang lebih mapan dan didasarkan pada hasil penelitian yang lebih valid. Pengambilan keputusan klinik yang hanya didasarkan oleh pengalaman akan segera terkubur oleh *current best evidence* yang menunjukkan bahwa beberapa prasarat medik sudah harus ditinggalkan karena terbukti membahayakan pasien atau menimbulkan *medical error*. Beberapa contoh prasarat medik yang semula dianggap benar tetapi saat ini disebut *medical error* antara lain: (1) melakukan tindakan episiotomi rutin pada *primigravida*⁴; (2) pemasangan kateter di bangsal perawatan; (3) digitalisasi per infus bukannya melalui *injection pump*; dan (4)

menegakkan diagnosis tifus abdominalis menggunakan pemeriksaan Widal.⁵

Evidence-based medicine telah mengubah kultur medik yang semula lebih "mendewakan" kemampuan klinis seseorang menjadi suatu upaya medik yang harus dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Tuntutan terhadap adanya tanggung jawab profesional secara kolektif (*collective professional accountability*) saat ini sudah menjadi bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang baik. Skandal Bristol yang menimbulkan kematian pada anak-anak yang menjalani operasi jantung di Bristol Hospital Inggris menjadi salah satu contoh nyata perlunya *professional accountability* dari seorang (atau tim) dokter dalam setiap upaya medik yang dilakukan. Bukannya otonomi klinik yang kadang justru mencelakakan pasien.

Dalam kenyataannya, kepemimpinan klinik tidak hanya menuntut kemampuan untuk mengkombinasikan antara kemampuan klinis dengan kemampuan manajerial, tetapi juga harus mampu menetapkan ukuran-ukuran dan indikator-indikator yang secara visual dapat digunakan untuk menilai kinerja pelayanan kesehatan secara komprehensif. Agar kepemimpinan klinik dapat berjalan secara efektif maka harus diwujudkan dalam bentuk komitmen yang tinggi dari para klinisi untuk melaksanakan setiap upaya medik secara *accountable* di bawah koordinasi seorang *clinical leader* yang ditunjuk di antara mereka sendiri.

c. Konsep-Konsep Kepemimpinan Klinik

Definisi mengenai kepemimpinan klinik sangat beragam tetapi umumnya menggambarkan keterkaitan antara nilai-nilai kepemimpinan yang efektif dengan proses atau metode-metode yang digunakan oleh seorang pemimpin.⁶ Seseorang dikatakan sebagai pemimpin apabila memiliki ciri-ciri berikut:

- a. Memiliki visi dan tujuan ke depan yang jelas dan terukur
- b. Mampu secara dinamis mengkomunikasikan visi dan nilai-nilai yang terdapat di dalamnya kepada kolega yang lain
- c. Menciptakan iklim saling percaya, menghargai, dan memiliki keyakinan yang tinggi untuk dapat mencapai tujuan organisasi secara optimal
- d. Mendorong dan membantu kolega yang lain untuk senantiasa meningkatkan kapasitas masing-masing dan selalu mendasarkan pada segenap potensi yang ada
- e. Memiliki kemampuan sebagai dinamisator di lingkungan kerjanya dan mampu menunjukkan semangat yang tinggi dalam melaksanakan tugas organisasi secara benar dan

bertanggung jawab serta berorientasi pada tindakan nyata yang dapat diteladani.

Detmer dan Ford⁷ menekankan bahwa kepemimpinan tidak dapat dipisahkan dari *clinical practice*. Kepemimpinan klinik merupakan aktivitas dan tindakan nyata para klinisi yang dimanifestasikan dalam kegiatan sehari-hari dan mencerminkan peran klinik yang konsisten, profesional, dan *accountable*. Dalam kenyataannya tidak sedikit para klinisi yang merasa bahwa kepemimpinan klinik bukan menjadi tanggung jawabnya dan menganggap bahwa kepemimpinan adalah berkaitan dengan manajemen sehingga harus dipisahkan dari urusan klinik.

Pemimpin klinik yang efektif harus mampu meningkatkan perannya dalam melayani pasien, meningkatkan mutu *outcome* klinik, dan mencegah atau meminimalkan risiko atas tindakan medik yang dilakukan melalui hubungan interpersonal dan komunikasi yang baik. Sikap kepemimpinan klinik haruslah diwujudkan dalam bentuk tanggung jawab medik yang tinggi, berani mengakui setiap kekeliruan prosedur yang dilakukan, dan segera melakukan tindakan korektif yang diperlukan. Kepemimpinan klinik dengan demikian tidak saja mencerminkan tingkat kepandaian dan keilmuan, tetapi juga logika serta kebijaksanaan yang jauh lebih besar dari sekedar pengalaman sebagai klinisi.

Detmer and Ford⁷ juga menyatakan bahwa dalam rangka kepemimpinan klinik yang memadai, seorang klinisi harus senantiasa mampu mengantisipasi dan mengadaptasi setiap perkembangan teknologi medik yang ada, sehingga selalu mampu menyesuaikan diri dengan setiap perubahan yang terjadi yang didasarkan pada temuan keilmuan yang mutakhir. Seorang pemimpin klinik harus bersedia berkorban untuk meninggalkan metode-metode penatalaksanaan medik yang selama ini dianutnya, apabila metode-metode tersebut ternyata terbukti lebih *do more harm than good* berdasarkan hasil-hasil penelitian yang valid.

Sikap kepemimpinan klinik dengan demikian haruslah melekat pada setiap individu dokter, klinisi, perawat, dan semua petugas pelayanan kesehatan yang terlibat langsung dalam pelayanan penderita. Perkembangan sistem pelayanan kesehatan saat ini menuntut sikap kepemimpinan klinik dan manajemen yang lebih besar dari seluruh klinisi dari semua bidang keilmuan. Konsep ini di Inggris selanjutnya menjadi salah satu isu sentral dalam pelaksanaan *clinical governance*.

Kepemimpinan klinik haruslah menjadi bagian integral dari nilai-nilai pelayanan kesehatan yang baik dan harus dipahami oleh semua komponen

yang ada di rumah sakit termasuk manajemen puncak. Weiner *et al*,⁸ dalam studi yang melibatkan 2.193 *acute care hospitals*, menemukan bahwa manajemen kepemimpinan merupakan salah satu faktor penentu dalam mempromosikan kepemimpinan klinik, khususnya upaya peningkatan mutu pelayanan klinik di rumah sakit. Keterlibatan staf medik secara aktif dalam *governance* berperan sangat bermakna dalam peningkatan mutu *outcome* klinik. Dari penelitian tersebut disimpulkan bahwa sikap kepemimpinan yang ditunjukkan mulai dari tingkat puncak menjadi faktor penentu dari keikutsertaan klinik untuk secara aktif berperan dalam peningkatan mutu.

Mutu, Kepemimpinan Klinik, dan Pembelajaran Organisasi

Secara umum keberhasilan pelaksanaan *clinical governance* lebih ditekankan pada perubahan budaya dalam organisasi pelayanan kesehatan. Degeling⁹, dalam studi yang dilakukan di rumah sakit di Inggris, Australian, dan New Zealand melaporkan bahwa para klinisi umumnya cenderung memilih bentuk pendekatan yang sifatnya lebih individual termasuk dalam hal *accountability* dan relatif enggan untuk mengikuti sistem yang ada yang dianggap menjadi mekanisme pengendali kebebasan individu, misalnya *evidence-based guidelines*.

Ada tiga disfungsi utama dalam organisasi yang umumnya menjadi penyebab primer dari *learning disability*, yaitu¹⁰:

1. fragmentasi (*fragmentation*),
2. kompetisi (*competition*), dan
3. sikap reaktif yang berlebihan (*reactive behaviours*).

Argyris¹¹ mengemukakan bahwa pembelajaran dalam organisasi (*learning organisation*) dapat dikategorikan sebagai *single-loop learning* ataupun *double-loop learning*. *Single-loop learning* mengisyaratkan bahwa pembelajaran dalam organisasi hanya terjadi pada saat suatu organisasi melakukan perbaikan internal, sedangkan *double-loop learning* menggambarkan bahwa pembelajaran dalam organisasi terjadi ketika suatu organisasi melakukan penyesuaian atas teori-teori dan asumsi-asumsi mengenai bagaimana lingkungan sekitar berubah dan berkembang. Dengan demikian, *double-loop learning* mengajarkan bagaimana setiap individu harus mengantisipasi dan mengadaptasi setiap perubahan yang terjadi yang menjadi tuntutan konsumen yang sebenarnya. Pembelajaran dalam organisasi dibangun oleh komunitas yang ingin maju dengan mengutamakan aspek pelayanan.

Kebutuhan untuk pembelajaran dalam organisasi menjadi salah satu fokus utama dari Kementerian Kesehatan Inggris dalam dokumen disebut *An Organisation with a Memory*¹² yang disiapkan oleh kelompok ahli yang tergabung dalam *Expert group on learning from adverse events in the NHS*. Dalam dokumen tersebut dikemukakan bahwa budaya organisasi (*organizational culture*) merupakan sentral dari setiap tahapan pada pembelajaran dalam organisasi, mulai dari upaya untuk menjamin bahwa setiap *adverse event* sekecil apapun harus diidentifikasi dan dilaporkan untuk selanjutnya dapat dibuat langkah-langkah koreksinya. Dalam dokumen tersebut juga dikemukakan bahwa *safety culture* harus menjadi bagian utama dari suatu lingkungan pembelajaran, bukannya budaya saling menyalahkan (*blame culture*).

PENUTUP

Perkembangan paradigma dalam bidang kedokteran telah mendorong dilakukannya perubahan mendasar dalam sistem pelayanan kesehatan. Konsep *evidence-based medicine* yang secara eksplisit mengedepankan bukti-bukti ilmiah mutakhir dan valid telah menggeser pendekatan klinik yang berbasis pengalaman semata. Pelayanan kesehatan yang semula lebih memfokuskan pada ketersediaan SDM, kapasitas klinisi, dan senantiasa menempatkan hasil pelayanan pada wewenang klinisi ternyata tidak jarang berakhir dengan kejadian-kejadian *medical error* yang semakin marak dalam 10 tahun terakhir ini.

Kepemimpinan klinik dengan demikian perlu menjadi salah satu komponen terdepan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan, antara lain melalui profesionalisme, *accountability*, dan senantiasa berorientasi pada *outcome* klinik yang berpihak pada *patient safety*. Pelayanan terintegrasi juga menjadi salah satu *entry* yang menjelaskan bagaimana kepemimpinan klinik haruslah menjadi komitmen setiap individu sebagai bagian dari sistem yang lebih besar. Tanpa kepemimpinan klinik yang baik maka upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang memadai akan sulit diharapkan.

KEPUSTAKAAN

1. Institute of Medicine (IOM). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington: National Academy Press.2000.
2. Agency for Health Care Research and Quality. *The Challenge and Potential for Assuring Quality Health Care for the 21st Century*. <http://www.ahrq.gov>, diakses 22 Juni 2004.1998.
3. Hampton S R. *The end of Clinical Freedom*. *British Medical Journal*.1983;287: 1237-38.
4. Carroli G, Belizan J. *Episiotomy for Vaginal Birth (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library, Issue 2*. Oxford: Update Software.2002.
5. Olopoenia L.A., King, A.L., *Widal Agglutination Test-100 Years Later: Still Plagued by Controversy* *Postgrad Med J*.2000; 76:80—84
6. Walshe, K. *Systems for Clinical Governance: Evidence of Effectiveness*. *Journal of Clinical Governance*.2000c; 8: 174-180.
7. Detmer, D., Ford, J. *Educating Leaders for Healthcare*. *Clinicians in Management*. 2001;10: 3-5.
8. Weiner, B.J., Shortell, S.M., Alexander, J. *Promoting Clinical Improvement in Hospital Quality Improvement Efforts: The Effects of Top Management, Board, and Physician Leadership*. *Health Services Research*. 1997;32(4): 491-510.
9. Degeling, P., Kennedy, J., Hill, M., Carnegie, M., Holt, J. *Professional Subcultures and Hospital Reform*. Sydney, University of New South Wales.1998.
10. Senge, P. *The Fifth Discipline: the Art and Practice of the Learning Organisation*. *Clinicians in Management*.1990;12:45-49.
11. Argyris, C. *Knowledge for Action: A Guide to Overcoming Barriers to Organizational Change*. Jossey-Bass Publishers. San Francisco.1993.
12. Department of Health. *An Organization with a Memory: Report of an Expert Group on Learning from Adverse Events in the NHS, Chaired by the Chief Medical Officer*. London: The Stationery Office.2000.