

BAB V

PEMBAHASAN HASIL PENELITIAN

Pada fase induksi analitik, telah disimpulkan faktor-faktor kausatif yang menyebabkan kompleksitas manajemen rumah sakit pendidikan di RSUPHS. Faktor-faktor tersebut dibahas lebih jauh pada bab V ini, untuk memahami karakteristik model manajemen rumah sakit pendidikan dan hasilnya dijadikan dasar pemikiran untuk pengembangan model alternatif manajemen rumah sakit pendidikan. Guna memudahkan pembahasan, disusun konstruk hubungan faktor-faktor kausatif tersebut sebagai acuan pembahasan dan perumusan konsep solusinya.

Berdasarkan konstruk hubungan kausatif tersebut, pembahasan hasil penelitian diawali dengan pembahasan tentang: (A) Landasan model manajemen alternatif, (B) karakteristik dan model manajemen rumah sakit pendidikan (RSUPHS), (C) Konsep Model Manajemen Alternatif, dan (D) model pendidikan profesi di RSUPHS.

A. Landasan Model Manajemen alternatif

Diawali dengan kategorisasi fenomena kompleksitas manajemen (seperti pada Gambar.4.6), terpolakan beberapa fenomena yang merefleksikan faktor internal yang potensial menjadi sumber kompleksitas manajemen, yaitu fenomena persepsi, visi, komitmen kelompok provider dan manajerial, potensi konflik di RSUPHS, serta karakteristik manajemen rumah sakit.

Hasil pembahasan terhadap fenomena persepsi, visi, dan komitmen kelompok manajerial dan provider terhadap manajemen rumah sakit yang tengah dijalankan, diidentifikasi beberapa faktor yang menunjukkan kekuatan dan kelemahan peranan manajemen rumah sakit pendidikan yang tengah dilaksanakan (*in action*) di RSUPHS.

Secara teoretik faktor tersebut merefleksikan kelemahan dan kekuatan komponen manajemen rumah sakit, yang oleh peneliti dianggap sebagai indikator tidak efektifnya peranan manajemen tradisional dalam menyamakan persepsi dan visi terhadap misi dan fungsi organisasi.

Menurut Senge (1990), visi diartikan sebagai gambaran ke depan tentang sesuatu yang diharapkan, dibangun, atau diciptakan. Kaitannya dengan efektifitas organisasi dan manajemen, bisa dihubungkan dengan penelitian Cushway (1993) yang membuktikan adanya hubungan keefektivan organisasi dan manajemen yang sangat dipengaruhi oleh persepsi, visi, komitmen, panutan, dan batas waktu.

Dengan demikian, peneliti bisa menarik suatu aksioma bahwa persepsi, visi, dan komitmen kelompok manajerial dan provider sangat berpengaruh terhadap efektivitas manajemen rumah sakit pendidikan. Hal tersebut relevan dengan hasil analisis data yang menunjukkan adanya fenomena terbalik tingkat kepercayaan kelompok provider terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan dan pendidikan profesi, adanya fenomena model manajemen ganda, dan adanya fenomena komitmen kelompok manajerial dan provider yang bervariasi. merupakan indikator tidak efektifnya peranan manajemen rumah sakit pendidikan.

Sehubungan dengan adanya aksioma tersebut di atas, disimpulkan beberapa karakteristik manajemen RSUPHS yang dianggap sebagai faktor penghambat efektivitas peranan manajemen rumah sakit pendidikan, yaitu adanya model manajemen ganda dengan dua sumber otoritas, adanya praktek manajerial tradisional klasik yang mengaksentuasikan azas-azas manajemen klasik terutama garis hirarkhis (*level of authority*), pola komunikasi terstruktur, dan orientasi manajemen pada hasil

dan tujuan program. Secara empiris, karakteristik manajemen demikian menciptakan konflik kepentingan dalam praktek manajerial pelayanan kesehatan dan pendidikan profesi dan mendorong munculnya kompleksitas manajemen di RSUPHS.

Adanya konflik kepentingan dalam praktek manajerial, merupakan fakta tidak efektifnya manajemen tradisional untuk mitigasi dan eliminasi faktor internal pada komponen manajemen rumah sakit. Ketidak efektifan pendekatan tradisional terlihat dari hasil triangulasi, yaitu didaptkannya fenomena persepsi dan visi kelompok manajerial ataupun provider yang merefleksikan tidak efektifnya peranan manajemen, yaitu sebagai berikut: (1) ada 48,89% kelompok manajerial dan provider menyatakan adanya manajemen ganda; (2) ada 30,49% anggota kelompok manajerial dan anggota provider menyatakan adanya konflik kepentingan antara pendidikan profesi dan pelayanan; dan (3) hanya 21,48% anggota kelompok manajerial dan provider tidak merasakan adanya manajemen ganda maupun komplik kepentingan.

Faktor utama yang mendorong adanya konflik kepentingan, adalah dalam hal pembinaan kepegawaian (*administration medical staff*). Masalah ini mendorong faktor internal dalam dimensi nomotetis maupun dalam dimensi idiografis, potensial menjadi sumber konflik seperti terungkap melalui alat pendiagnosa dari Hughes. Hasil analisis dan interpretasi data menunjukkan faktor internal tersebut, mempunyai implikasi praktis memunculkan perbedaan komitmen kelompok manajerial dan provider NIP 13 dan NIP 14 dengan indikator sebagai berikut: (1) jam kerja anggota kelompok provider NIP 13 adalah 26,92 jam / minggu atau 4,49 jam /hari sedangkan anggota kelompok provider NIP 14 adalah 33,66 jam /minggu atau 5,61 jam/ hari, (2) anggota kelompok provider dengan NIP 13 (92,45%) menyatakan bekerja di satu

tempat atau beberapa rumah sakit pada jam kantor. Sedangkan anggota kelompok provider NIP 14 (71,95%) bekerja rangkap di tempat lain. Dari sudut manajerial, fenomena tersebut merupakan bukti tidak efektifnya praktek manajerial tradisional rumah sakit untuk mitigasi dan eliminasi faktor internal yang cenderung menjadi sumber konflik seperti yang direfleksikan dalam fenomena komitmen dan fenomena terbalik tingkat kepercayaan dari anggota kelompok manajerial dan provider terhadap pelaksanaan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan pendidikan profesi di RSUPHS.

Kajian teoretik terhadap fenomena kompleksitas manajemen di rumah sakit, menggambarkan proses terjadinya kompleksitas manajemen yang disebabkan tidak adaptifnya manajemen tradisional klasik terhadap perkembangan internal karena terlalu berorientasi kepada hasil, sehingga tidak efektif untuk mitigasi sumber konflik. Oleh karena itu pendekatan manajemen klasik di rumah sakit sudah banyak ditinggalkan dan beralih menggunakan model manajemen dengan pendekatan *neoklasik* dan pendekatan *modern*. Begitupun di lembaga-lembaga yang mengerjakan banyak anggota profesi yang heterogen baik di tingkat pimpinan maupun di tingkatan pegawai dengan lingkungan kerja yang kompleks seperti di rumah sakit.

Berdasarkan fenomena kompleksitas manajemen rumah sakit pendidikan dan kajian teoretik tersebut di atas, manajemen rumah sakit pendidikan yang tengah dilaksanakan di RSUPHS perlu direstrukturalisasi berdasarkan prinsip-prinsip manajemen modern yang bersifat adaptif terhadap perubahan di lingkungannya atau *Real Life Sytem*-nya (RLS) sehingga berperan efektif untuk eliminasi dan mitigasi faktor internal.

Secara sistemik, RLS sebagai sistem mencakup unsur manusia secara individu, satuan kemasyarakatan, satuan kealaman biologis, kimiawi, dan fisikal. Setiap satuan RLS terus berkembang melalui siklus yang berulang, berada dalam suatu jaringan (*network*) internal dan tidak terlepas dari perkembangan jaringan kerja eksternal, dan berada dalam suatu hubungan yang seimbang dengan pasangannya (Sanusi,1998). Dengan demikian, kelompok manajerial dan provider sebagai bagian dari RLS-nya rumah sakit, merupakan bagian dari jaringan kerja eksternal yang sangat dipengaruhi oleh nilai-nilai agama, kultur masyarakat termasuk tuntutan masyarakat (*social demand*) yang direfleksikan oleh tuntutan pengguna jasa rumah sakit terhadap kultur pelayanan kesehatan yang baik.

Berdasarkan pendapat tersebut di atas, proses *modelling* manajemen untuk pengembangan manajemen rumah sakit pendidikan yang sedang digunakan di RSUPHS, harus beorientasi terhadap RLS-nya rumah sakit pendidikan dengan landasan konsep manajemen modern dan pola operasional yang berorientasi terhadap perubahan internal dan eksternal organisasi, seperti *management project* (Harold Kerzner,1992), *administrative-managerial-effectiveness* dan *hospital administrative role models* dari Georgepolous (Rockwell,1983) yang bersifat adaptif terhadap perubahan sehingga terjadi proses transformasi manajemen sesuai dengan perkembangan RLS-nya. Relevan dengan hasil kajian tersebut di atas, landasan konsep manajemen alternatif perlu disusun berdasarkan RLS-nya RSUPHS dengan landasan operasional yang berdasarkan prinsip-prinsip manajemen modern.

Pendekatan *modelling* manajemen alternatif tersebut bisa dijadikan sebagai langkah pengembangan manajemen rumah sakit pendidikan di RSUPHS, karena

komponen-komponen manajemen RSUPHS menunjukkan adanya indikator peluang (*opportunity*) untuk terjadinya proses transformasi manajemen tradisional menjadi manajemen modern. Indikator tersebut terefleksikan dari kredibilitas posisi pimpinan SMF yang tinggi dalam pandangan semua anggota kelompok manajerial dan provider untuk melaksanakan tugas di bidang pelayanan kesehatan maupun di bidang pendidikan profesi.

Hal tersebut relevan dengan hasil triangulasi yang menunjukkan posisi sentral pimpinan SMF dalam fenomena terbalik tingkat kepercayaan anggota kelompok manajerial dan provider terhadap praktek manajerial pendidikan profesi maupun pelayanan kesehatan. Posisi sentral tersebut diinterpretasikan sebagai kredibilitas yang cukup tinggi terhadap pimpinan SMF dalam praktek manajerial pelayanan kesehatan maupun dalam pendidikan profesi dengan ditopang data kuantitatif sebagai berikut. Dalam hal perencanaan pendidikan profesi 85,93% anggota percaya kepada pimpinan SMF; dalam hal perencanaan SDM 90,37%; dalam hal perencanaan SPA 7,0%; dalam hal pelaksanaan pendidikan 80,00% ; dan dalam hal evaluasi pendidikan 83,70%. Dalam hal perencanaan program pelayanan kesehatan posisi pimpinan SMF terlihat sebagai berikut. Dipercaya dalam hal perencanaan pelayanan kesehatan 83,70%; dalam hal perencanaan SDM untuk pelayanan kesehatan 81,48%; untuk perencanaan SPA untuk pelayanan 85,19%; dalam hal pelaksanaan pelayanan kesehatan 83,70%; dan dalam hal pengawasan pelaksanaan pelayanan kesehatan 89,02%.

Data tersebut menunjukan tingginya kredibilitas dan tingkat kepercayaan anggota terhadap pimpinan SMF yang memposisikan pimpinan SMF menjadi sentral

untuk memadukan program rumah sakit pendidikan dalam lingkup pelayanan kesehatan dan Tri darma perguruan tinggi. Secara manajerial posisi sentral tersebut merupakan posisi instrumental untuk mengelola, melaksanakan, dan mengawasi sumberdaya rumah sakit baik di tingkat makro yaitu di wilayah kerja administrasi rumah sakit maupun di tingkat mikro yaitu di wilayah kerja administrasi fungsional rumah sakit.

Posisi sentral pimpinan SMF merupakan potensi yang kuat untuk mengembangkan manajemen terpadu di RSUPHS, karena ditopang oleh keinginan kelompok manajerial untuk memadukan program pelayanan kesehatan dan pendidikan profesi. Hal ini dibuktikan dengan adanya fenomena visi kelompok provider maupun manajerial yang menghendaki adanya manajemen terpadu dengan satu pimpinan SMF yang merangkap sebagai Kepala bagian yang bertanggung jawab baik kepada Dekan FKU dan Direktur RSUPHS. Hasil triangulasi memperlihatkan gambaran data visi anggota yang menganggap perlunya manajemen terpadu sebagai berikut: (1) anggota kelompok responden NIP 13 (92,46%); dan anggota kelompok dengan NIP 14 (84,15%), (2) adanya fenomena toleransi anggota kelompok manajerial dan provider yang tinggi terhadap anggota yang terpilih menjadi pimpinan SMF dengan tidak melihat asal sumber otoritas, dan (3) adanya hasil triangulasi yang memperlihatkan 97 % anggota berpendapat bahwa semua anggota kelompok manajerial dengan NIP 13 maupun NIP 14 layak untuk dipilih menjadi pimpinan SMF.

Berdasarkan hasil pembahasan terhadap fenomena tersebut diatas, bisa disimpulkan bahwa manajemen yang sedang dilaksanakan di RSUPHS (*in action*), layak untuk dilakukan restrukturalisasi manajemen ke arah manajemen terpadu yang

sesuai dengan *real life system*-nya rumah sakit pendidikan. Hasil kajian pada fase pengajuan model alternatif telah disimpulkan bahwa manajemen alternatif untuk rumah sakit pendidikan adalah model manajemen yang merepresentasikan RLS-nya rumah sakit pendidikan. Dengan demikian *modelling* manajemen alternatif yang disusun peneliti berdasarkan karakteristik RLS-nya RSUPHS sebagai rumah sakit pendidikan yang merepresentasikan nilai-nilai masyarakat, nilai etik profesi, dan kultur masyarakat, serta konsep operasionalnya yang berdasarkan prinsip manajemen modern

B. Karakteristik dan Model Manajemen Rumah Sakit Pendidikan (RSUPHS)

1. Dimensi Struktural

Hasil interpretasi terhadap fenomena kompleksitas manajemen RSUPHS, menunjukkan adanya hubungan kausatif yang bersifat sistemik, yaitu fenomena model manajemen ganda dengan sistem pelayanan kesehatan (*medical care system*) yang berlaku, dan pendekatan manajemen tradisional yang terikat oleh paradigma perumahsakitian umum. Di sisi lain RLS-nya rumah sakit berkembang pesat sebagai RLS-nya rumah sakit pendidikan dengan *network* internalnya yang semakin dinamis dan luas sehingga model manajemen yang berlaku di rumah sakit tidak efektif dan tidak efisien karena tidak merepresentasikan RLS-nya rumah sakit pendidikan.

Kondisi demikian relevan dengan hasil penelitian Rahmat (1997) yang menyimpulkan bahwa pembangunan rumah sakit Hasan Sadikin yang menonjolkan modernisasi fisik daripada kesisteman, dan belum menunjukkan perubahan yang mendasar dalam wujud kesisteman, sehingga model dan sistem manajemen yang berjalan berdampak terhadap kultur pelayanan kesehatan yang tidak memuaskan

masyarakat.

Sehubungan dengan perkembangan demikian, signifikan bila dikaitkan dengan hasil observasi terhadap susunan organisasi dan tata kerja RSUPHS yang menunjukkan adanya susunan organisasi dan tata kerja perumahsakitan umum dengan sistem pelayanan kesehatan yang tradisional. Perubahan status menjadi Rumah sakit pendidikan ternyata tidak merubah susunan organisasi dan tata kerja perumah sakitan umum. Perubahannya hanya ditandai adanya penambahan struktur Komite medis, serta adanya organisasi nonstruktural SMF dan Instalasi. Tata kerja rumah sakit yang menunjukkan penanggung jawab pelaksanaan pendidikan ada di wakil Direktur, dan secara operasional dilaksanakan oleh Kepala bidang pendidikan dan latihan hanya dalam lingkup pengembangan sumber daya manusia rumah sakit dan melaksanakan program orientasi peserta program pendidikan profesi.

Sebagai Rumah sakit pendidikan, RSUPHS terikat oleh Surat Keputusan bersama Menkes, Mendikbud, dan Surat Keputusan Bersama Direktur RSUPHS dan Dekan FKU/FKG. Aplikasi dari keputusan tersebut, memposisikan Kepala SMF merangkap jabatan sebagai kepala Bagian FKU/FKG dan terbuka untuk bisa dijabat oleh anggota SMF dari NIP 13 maupun NIP 14. Hasil observasi menunjukkan adanya 17 Kepala SMF/Kepala Bagian dijabat oleh anggota NIP 13 dari 19 organisasi SMF. Dan sebaliknya ada 2 kepala instalasi yang dijabat oleh anggota dengan NIP 13 dari 21 organisasi Instalasi.

Secara manajerial gambaran ini menunjukkan susunan organisasi dan tata kerja perumahsakitan umum yang menunjukkan dominannya penyelenggaraan program pelayanan medis dan program penunjang medis. Adapun sumber otoritas Depdikbud

di wilayah kerja administrasi fungsional RSUPHS hanya direpresentasikan oleh pimpinan SMF dan anggota kelompok provider dari unsur Depdikbud di wilayah kerja administrasi fungsional SMF dan Instalasi.

Relevan dengan pembahasan tersebut, terlihat dari hasil analisis induktif pada fase pengajuan alternatif yang merefleksikan fenomena manajemen ganda dan adanya fenomena terbalik tingkat kepercayaan terhadap Departemen Kesehatan dan Departemen Pendidikan dan Kebudayaan di wilayah kerja administrasi fungsional rumah sakit. Secara empiris praktek manajerial model manajemen ganda tersebut mengakibatkan adanya konflik kepentingan antara kepentingan sebagai lembaga untuk pelayanan kesehatan, dan kepentingan sebagai Rumah sakit pendidikan.

Secara sosiologis, dampak dari konflik kepentingan tersebut mendorong faktor internal dalam dimensi nomotetis dan dimensi idiografis potensial menjadi sumber konflik. Dalam hal ini, hasil interpretasi data mengidentifikasi sebagai sumber konflik dalam perspektif hubungan pasien-rumah sakit (*hospital-client*), antar lembaga di rumah sakit (*inter institutional*), peranan anggota kelompok provider (*individual role*), antar pribadi anggota kelompok provider (*interpersonal-conflict*), pembinaan kepegawaian (*administration medical staff, nursing administration*).

Konflik antara rumah sakit dan pasien, terefleksikan dari ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan, perawatan, dan asuhan keperawatan. Kondisi ini cenderung menjadi penyebab munculnya opini kurang baiknya pelayanan kesehatan seperti terlihat pada tabel 1.1. Secara teoretis terminologi konflik sendiri dapat didefinisikan sebagai *serious disagreement* yaitu suatu ketidaksepahaman yang serius yang dapat menimbulkan kontroversi dalam pendapat, keinginan, dan mungkin

berakibat pada munculnya pertentangan yang mewarnai praktek manajerial.

Berdasarkan pandangan ini, bisa disimpulkan bahwa prosedur pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dengan pendekatan *scientific procedure* dari kelompok provider untuk program akademis pendidikan profesi dan PPDS, dirasakan bertele-tele oleh pasien. Hasil observasi menginformasikan bahwa fenomena prosedur pemeriksaan dan perawatan yang terstruktur tersebut untuk kepentingan pasien sendiri dan perlu dicatat dalam *medical record*. Di sisi lain prosedur tersebut bisa mendorong proses *professional satisfaction* sehubungan dengan penegakan diagnosa dan rencana perawatan yang tepat, sehingga pasien menganggap adanya prosedur demikian sebagai pemeriksaan yang bertele-tele untuk kepentingan pendidikan profesi. Sehubungan dengan adanya fenomena tersebut, perlu adanya restrukturalisasi manajemen pelayanan kesehatan dengan pendekatan konsep *customer satisfaction* dengan dasar-dasar *inform concern* yang tidak bertentangan dengan *scientific procedur* untuk keperluan akademis.

Dalam hal konflik antar lembaga, hasil observasi menunjukkan adanya fenomena terbalik tingkat kepercayaan dari anggota kelompok manajerial dan provider terhadap pengelola program kepaniteraan dan pelayanan kesehatan. Dilihat dari sudut manajemen, kondisi demikian bisa menimbulkan adanya konflik kepentingan dalam praktek manajerial, yaitu dalam perencanaan sumber daya manusia, perencanaan SPA rumah sakit, dan penentuan program prioritas. Relevan dengan hal ini, fenomena Getzels (Sutisna,1987) menunjukkan adanya faktor internal yang potensial menjadi sumber konflik, yaitu dalam dimensi nomotetis yang terkait dengan lembaga, peranan, dan harapan.

Fenomena konflik tersebut terefleksikan dalam fenomena terbalik tingkat kepercayaan dari kelompok provider dan manajerial, bisa menimbulkan kesenjangan harapan dan peranan dari anggota, dengan adanya konflik kepentingan dalam praktek manajerial perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan.

Dalam perencanaan pendidikan profesi dan pelayanan kesehatan, konflik muncul disebabkan penetapan prioritas yang tidak seimbang antara kepentingan pendidikan profesi dan pelayanan kesehatan, lebih jauh bisa mendorong terjadinya konflik antar lembaga. Begitupun dalam perencanaan SDM, adanya kebijakan yang tidak mencerminkan ketidakadilan terhadap anggota, bisa mendorong adanya konflik antar lembaga yang berdampak terhadap pelaksanaan program pelayanan penunjang medis, sehingga bisa mengganggu lancarnya pelayanan kesehatan, maupun terhadap perawatan dan asuhan keperawatan sehingga muncul ketidakpuasan penggunaan jasa Rumah sakit.

Dalam hal konflik peranan-individu, potensi konflik yang berasal dari peranan individu, sebagaimana telah diulas dalam interpretasi data bersumber dari harapan dan disposisi kebutuhan dalam jabatan struktural maupun fungsional yang dianggap kurang mencerminkan azas keadilan karena diatur oleh dua sumber otoritas, yaitu Depkes dan Depdikbud. Hal ini dirasakan khususnya pada tahap perencanaan dan pembinaan kepegawaian (*administration medical staff*). Hasil analisis data merefleksikan adanya ketidakpuasan dari anggota NIP 14 yang merasa tertutup untuk jabatan struktural dan fungsional profesor di jalur Fakultas Kedokteran, bila dibandingkan dengan anggota NIP 13 yang berpeluang dalam jabatan struktural RSHS dan jabatan profesor di FKU.

Fenomena konflik peranan-individu cenderung mendorong kelompok manajerial dan provider yang merefleksikan adanya perasaan *ambivalent* dalam melaksanakan tugas pelayanan kesehatan dan pendidikan profesi. Dalam hal konflik antar individu, berbeda dengan potensi konflik yang berasal dari peranan individu, konflik antar individu (*personal conflict*) relatif sangat kecil. Akan tetapi, terdapat pandangan dan pengalaman anggota kelompok SMF yang menyatakan masih adanya perbedaan pendapat mengenai ruang lingkup kerja profesi di beberapa SMF. Pada kasus-kasus tertentu potensial menimbulkan perbedaan pendapat yang cenderung melahirkan konflik personal seperti sering terjadi pada kasus *overlapping* di beberapa SMF. Begitu pula anggapan dari sejumlah anggota SMF NIP 13 terhadap kompetensi anggota NIP 14 dalam melaksanakan praktek manjerial pendidikan profesi.

Dalam hal konflik pembinaan kepegawaian, terkait dengan pengembangan profesionalisme dan pengembangan karir anggota SMF (*administration medical staff*) yang diarahkan dalam jabatan fungsional maupun struktural yang pelaksanaannya berada di bawah tanggung jawab kepala SMF. Perbedaan prosedur dalam pembinaan kepegawaian tersebut, memberikan peluang yang berbeda dalam pengembangan karir anggota sehingga terjadi deferensiasi jenjang karier fungsional maupun struktural dan sistem remunerasi yang dianggap tidak mencerminkan azas keadilan. Dengan demikian potensi konflik yang bersumber dari masalah kepegawaian dipandang paling dominan, sehingga dianggap bisa menjadi pendorong munculnya kompleksitas manajemen.

Apa yang teramati di lapangan ternyata penggunaan pendekatan klasik tersebut tidak efektif untuk menghilangkan faktor internal sebagaimana diungkap di atas. Fenomena konflik tersebut relevan dengan hasil interpretasi data yang

menggambarkan adanya fenomena kepercayaan terbalik dari anggota SMF terhadap praktek manajemen di RSUPHS. Fenomena tersebut menunjukkan adanya faktor internal sebagai sumber konflik, yaitu konflik institusional-kultural, dan konflik peranan-kepribadian dalam dimensi nomotetis dan idiografis RSUPHS.

Sehubungan dengan adanya fenomena konflik dalam dimensi nomotetis dan dimensi idiografis tersebut di atas, sangat relevan bila dihubungkan dengan rekomendasi Hughes (1970) tentang penyelesaian konflik melalui pengaturan kembali tujuan institusi untuk menyatukan visi dan misi. Penataan ini dimaksudkan agar terjadi *equilibrium* antara kebutuhan untuk berprestasi (n Ach), kebutuhan untuk berambisi (n Pow) dan kebutuhan untuk penyesuaian diri (n Aff) sebagaimana diungkap Maslow (1960) dalam teori motivasi.

Sehubungan dengan adanya kondisi demikian maka faktor internal perlu dipertimbangkan sebagai potensi yang dapat diakomodasi untuk meningkatkan kinerja anggota kelompok provider maupun anggota kelompok manajerial. Secara substansial, faktor internal tersebut muncul diakibatkan adanya pengaruh dari nilai-nilai individu, kapabilitas individu dan pendekatan manajemen (Rockwell, 1983). Lebih jauh Rockwell melaporkan hasil penelitian yang menggambarkan adanya sumber konflik rumah sakit dalam bentuk konflik individual, konflik antar pribadi, grup konflik, konflik faktor status, dan konflik antara rumah sakit dan pasien. Hasil studi yang dilaksanakan oleh Stanton dan Scwartz memperlihatkan munculnya konflik tersebut selalu bersumber dari staf rumah sakit sebagai faktor internal yang potensial menjadi konflik.

Berdasarkan pandangan para ahli tersebut, perlu dipertimbangkan profil

kepegawaian yang heterogen dari anggota kelompok manajerial dan provider. Hasil analisis terhadap profil kepegawaian menunjukkan adanya faktor internal yang cenderung berubah menjadi sumber konflik dan potensial mendorong kompleksitas manajemen rumah sakit pendidikan. Pandangan tersebut relevan dengan hasil penelitian dari Getzels yang memandang faktor internal sebagai penyebab kompleksitas di lembaga sosial yang sangat dipengaruhi oleh faktor eksternal.

Sehubungan dengan hal tersebut maka bisa disimpulkan bahwa karakteristik manajemen RSUPHS sangat diwarnai oleh praktek manajerial pendekatan klasik, adanya manajemen ganda yang merefleksikan potensi konflik internal yang disebabkan oleh: (1) adanya hambatan antara tujuan institusi dengan nilai kultural yang mendorong terjadinya konflik antara dokter sebagai pembimbing / pendidik dan sebagai tenaga kesehatan, peserta didik, pasien, staf penunjang medik, dengan masyarakat maupun dengan lembaga fungsional lainnya; (2) adanya hambatan antara harapan-peranan dan disposisi-kepribadian yang mendorong terjadinya konflik antara dokter sebagai pembimbing/pendidik atau sebagai tenaga kesehatan baik dikelompok manajerial maupun di kelompok provider; (3) adanya konflik struktural yang mendorong munculnya konflik kelompok provider di unit fungsional SMF/Instalasi, dan; (4) adanya konflik kepribadian pada kelompok provider di wilayah kerja administrasi Fungsional SMF/Instalasi baik yang bersumber dari Depkes maupun Depdikbud.

Relevan dengan adanya konfigurasi konflik sebagai karakteristik manajemen rumah sakit, Campbell (1983) mengemukakan bahwa konflik memiliki efek positif jika diikuti oleh pemanfaatan konflik secara terencana untuk menumbuhkan motivasi dan

inovasi kinerja organisasi. Menurut Ketzner (1992), kondisi demikian bisa menjadi kondusif jika didukung oleh praktek manajerial yang adaptif, serta berorientasi pada lingkungan dengan menggunakan sumber daya yang ada. Dengan demikian adanya sumber konflik dalam dimensi pembinaan kepegawaian merupakan bukti perlunya manajemen alternatif yang efektif untuk mitigasi dan eliminasi sumber konflik.

2. Dimensi Manajerial

Hasil analisis dan interpretasi data menunjukkan adanya fenomena model manajemen ganda dengan pendekatan praktek manajerial tradisional. Secara empiris praktek manajerial model tersebut dirasakan kompleks. Hasil kajian teoretik menunjuk kompleksitas manajemen rumah sakit sebagai indikator tidak efektifnya peran manajemen rumah sakit dalam memecahkan masalah yang berkaitan dengan perilaku organisasi, lingkungan kerja, mekanisme kerja dan kinerja organisasi. Dengan demikian maka model manajemen ganda dengan pendekatan tradisional seperti di RSUPHS, bukan merupakan instrumen yang efektif untuk mengeliminasi sumber konflik.

Pandangan tersebut relevan dengan pandangan ahli yang menyatakan sulitnya pendekatan klasik dalam mengeliminasi konflik internal organisasi, baik melalui jalur formal maupun nonformal (Harold Kerzner, 1992). Hal tersebut terbukti dengan hasil observasi dan analisis data yang menunjukkan adanya sumber konflik dalam praktek manajerial di RSUPHS. Hasil triangulasi didapatkan fenomena yang merefleksikan faktor internal dan sumber konflik sebagai fenomena terbalik tingkat kepercayaan kelompok manajerial dan provider terhadap pelaksana pelayanan kesehatan dan pendidikan profesi.

Fenomena tersebut relevan dengan fenomena persepsi dan visi kelompok manajerial dan provider terhadap manajemen rumah sakit pendidikan di RSUPHS sebagai berikut; secara kuantitatif, 30,49% anggota kelompok manajerial dan provider merasakan adanya konflik kepentingan, dan 48,89% merasakan adanya manajemen ganda dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan pendidikan profesi. Fenomena tersebut sangat relevan bila dihubungkan dengan pandangan Ascobat Gani (1992), yang menganggap permasalahan kompleksitas rumah sakit pendidikan akibat adanya dualisme administrasi.

Hasil kajian teoretik yang membahas masalah kompleksitas sebagai implikasi praktis dari struktur manajemen klasik, menunjukkan adanya prinsip kebijakan dan tanggung jawab kolektif (*commitee solution*) dalam struktur klasik pada lembaga sosial seperti rumah sakit bisa ditafsirkan tidak adanya posisi yang bertanggung jawab langsung kepada seluruh program. Penafsiran ini terjadi karena adanya praktek manajerial tradisional yang berorientasi kepada hasil dan bukan kepada perubahan fungsi, maupun lingkungan.

Penafsiran-penafsiran tersebut cenderung muncul dalam praktek manajerial perencanaan, pelaksanaan, maupun dalam pengawasan. Oleh karena itu model manajemen tradisional klasik yang dilaksanakan di RSUPHS dirasakan kompleks dan menciptakan lingkungan yang kompleks (*conflict environment*). Secara empiris kelemahan dalam pendekatan klasik dikarenakan adanya garis otoritas yang berjenjang, yang diidentifikasi sebagai saluran komunikasi yang sangat terstruktur, tidak ada pusat kekuasaan yang kuat bisa mengontrol kegiatan yang beragam, dan tidak ada seorangpun yang mau bertanggung jawab langsung terhadap seluruh

kegiatan. Kondisi demikian dianggap berimplikasi praktis terhadap rendahnya kinerja rumah sakit yang terlihat dari kultur pelayanan yang kurang baik.

Relevan dengan hal tersebut, terefleksikan dari hasil observasi terhadap kegiatan pelayanan kesehatan yang menunjukkan adanya respon anggota kelompok provider terhadap klien dianggap lambat, kurang motivasi, dan kurang inovatif. Kondisi demikian relevan dengan kinerja pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan rawat darurat yang intensitasnya tinggi sehingga cenderung mendorong adanya ketidakpuasan penggunaan jasa.

Hasil penelitian Campbell (1983) terhadap model manajemen di beberapa rumah sakit menunjukkan sudah ditinggalkannya pendekatan manajemen tradisional klasik dan beralih ke praktek manajerial pendekatan *neoklasik* dan pendekatan *modern*. Sehubungan adanya perkembangan demikian, sangat relevan kalau dihubungkan dengan pandangan dari Harold Koonzt, Cyrill O Doniel dan Heinz weichrich yang menekankan perlu adanya proses *transformasi* manajerial yang berorientasi kepada aliran-perilaku-manusia dengan berfokus pada hubungan antar manusia dalam kelompok kerja. Praktek manajerial yang dipengaruhi oleh pendekatan perilaku yang berbasis pada pola perilaku kelompok sebagai perilaku organisasi, cenderung berdasarkan pendekatan sosiologi dan psikologi sosial daripada psikologi individual (Harold Koonzt *et al.* 1989).

Secara teoretis,praktek manajerial yang berorientasi pada perilaku merupakan praktek manajerial pendekatan neo klasik maupun modern. Pendekatan neoklasik sangat dipengaruhi oleh teori-teori perilaku, terutama teori kebutuhan manusia dari Maslow, teori kepribadian dan organisasi dari chris Argyris. Sedangkan pendekatan

manajemen modern, sangat dipengaruhi oleh *general system theory* dari Barnard, teori contingensi pimpinan situasional dari Fieldler dengan pemikiran bahwa pendekatan tersebut bisa untuk mengeliminasi potensi konflik sebagai faktor internal (Koontz & Donnell). Berdasarkan pendekatan manajemen perilaku tersebut, Campbell, Dunnette, Lawler dan Weick (1970) mempertimbangkan perlunya model administrasi dan manajemen efektif untuk mengatur faktor internal dan memafaatkannya sebagai sumber inovatif.

Pandangan dari Campbell (1983) tersebut sangat relevan dengan pandangan positif dari beberapa ahli terhadap keberadaan konflik internal, yang menyatakan adanya sejumlah konflik yang diketahui sumbernya bisa menguntungkan organisasi, karena bisa mendorong adanya langkah inovatif dan proses pembaharuan melalui pengaturan perilaku dan kegiatan organisasi (Rockwell Schulz, 1983). Dengan demikian Koontz menyarankan pemanfaatan konflik secara terencana untuk menumbuhkan inovasi dan kinerja organisasi, sehingga faktor internal sebagai penyebab adanya kompleksitas manajemen akan tereliminasi dengan sendirinya (Koontz dan O. Donnell, 1966).

Dengan berkembangnya pandangan positif terhadap konflik internal, maka muncul teori-teori tentang perlunya pengaturan konflik. Sejalan dengan berkembangnya teori-teori tersebut, maka pengamatan terhadap sumber konflik khususnya konflik individual, konflik antar personal, konflik antar grup, konflik status, dan konflik antara penggunaan jasa dan Rumah sakit, merupakan bagian dari praktek manajerial di rumah sakit (Walton, 1969). Menurut Harold Kezner, konflik-konflik kepentingan tersebut bisa terjadi di satu wilayah kerja administrasi fungsional, tetapi

bisa dieliminasi melalui praktek manajerial yang *adaptif*, berorientasi lingkungan dan dengan menggunakan sumber daya yang ada (Harold Kezner, 1992).

Secara filosofis, Shrode dan Voich (1986) menjelaskan bahwa masalah-masalah di lingkungan kerja seperti di wilayah kerja administrasi fungsional, sangat tergantung dari cara berfikir manajemen. Menurut Shrode, seorang manajer harus berfikir filosofis yang mempertimbangkan lingkungan kerja, perangkat organisasi, nilai-nilai, motivasi, produktivitas, dan kepuasan untuk diaplikasikan ke dalam praktek manajerial. Sehubungan dengan pendapat-pendapat tersebut, maka praktek manajerial tradisional klasik yang tengah dijalankan di wilayah kerja administrasi fungsional RSUPHS perlu dikembangkan dan direstrukturalisasi ke arah manajemen alternatif yang bisa berperan efektif untuk mengeliminasi dan mitigasi masalah-masalah tersebut.

C.Konsep Model Manajemen Alternatif

Adanya karakteristik rumah sakit pendidikan yang bersifat kompleks dan tradisional, menunjukkan pembangunan kompleks RSUPHS dengan RIP 1995, tidak sesuai dengan konsep yang ditetapkan Dirjen Pelayanan medis bersama Yamashita Sekkei Incorporation, yaitu konsep *integration of medical service and medical education for the improvement of human life*. Sehubungan dengan hal tersebut, maka hasil pembahasan landasan model manajemen alternatif, bisa dijadikan dasar untuk restrukturalisasi manajemen yang tengah dilaksanakan di RSUPHS sebagai upaya untuk menjelmakan konsep model manajemen alternatif untuk diaplikasikan di rumah sakit pendidikan.

Hasil analisis pada tahap pengajuan model alternatif, dijelaskan bahwa masalah-masalah yang berkaitan dengan perilaku organisasi, lingkungan kerja, mekanisme kerja, dan kinerja organisasi bisa dijelaskan melalui praktek manajerial pendekatan modern yang adaptif dan berorientasi terhadap proses perkembangan lingkungannya, sehingga memposisikan manajemen rumah sakit pendidikan sebagai instrumen yang efektif untuk mengeliminasi faktor-faktor konflik internal (*conflict enviroment*) di rumah sakit pendidikan seperti di RSUPHS. Sehubungan dengan hal tersebut, sangat relevan bila dihubungkan dengan pandangan Sanusi (1998) yang merumuskan syarat model operasional yang baik, yaitu model yang merepresentasikan *Real Life System*-nya dan yang merefleksikan karakteristiknya, serta berdasarkan prinsip-prinsip manajemen modern .

Mengacu pada hasil pembahasan tersebut di atas, peneliti bisa menarik suatu kesimpulan bahwa pada lembaga yang melaksanakan multi program, adanya kelompok profesi yang heterogen dengan karakteristik lingkungan yang kompleks, adanya pola struktural yang kaku, dan adanya hambatan psikologis seperti di rumah sakit pendidikan, diperlukan pendekatan manajemen modern yang diasumsikan bisa menyesuaikan dengan cepat terhadap perubahan-perubahan yang terjadi seperti pada manajemen proyek (Harold Kerzner, 1992). Dengan demikian sangat relevan kalau dilaksanakannya langkah-langkah *restrukturalisasi* manajemen di RSUPHS ke arah konsep model manajemen modern yang bersifat *adaptis* terhadap perubahan fungsi dan RLS-nya rumah sakit pendidikan yang mencakup manusia, satuan kemasyarakatan, biologis, kimiawi, dan fisikal.

Konsep model manajemen alternatif tersebut relevan dengan penelitian

Brunnell Institut yang meneliti praktek manajerial di beberapa rumah sakit, yang menunjukkan adanya perubahan fungsi dan perhatian manajemen klasik, yang biasa mengatur masalah-masalah internal dan teknis organisasi saja, berubah dengan menempatkan faktor eksternal dan lingkungan kerja menjadi unsur penting dalam praktek manajerial (Petit, 1967). Begitupun hasil studi Forrest dan Mosher terhadap praktek manajerial di rumah sakit (1977), membuktikan adanya perubahan fungsi manajer rumah sakit yang bersifat teknis dalam lingkup organisasi, berkembang dengan bertambahnya masalah lingkungan kerja sebagai tanggung jawab manajemen.

Sehubungan dengan adanya perubahan orientasi dalam praktek manajerial tersebut, Connors dan Hutts melakukan observasi di dua Rumah sakit pendidikan Katolik maupun non Katolik dan mengidentifikasi adanya enam fungsi manajemen, yaitu tugas-tugas ekstra mural, kontrol, perencanaan, tugas-tugas kepegawaian pengorganisasian, pengaturan, dan koordinasi (Jill Ridky, 1993). Yang termasuk tugas ekstra mural adalah tugas-tugas untuk mengembangkan fungsi dan program pendidikan, pengaturan hubungan fungsional dengan lembaga-lembaga sosial lainnya.

Dengan adanya hasil studi para ahli yang membuktikan adanya keterkaitan fungsional rumah sakit pendidikan dengan faktor eksternal, maka praktek manajerial di Rumah sakit pendidikan perlu memperhatikan etika manajemen yang mencakup, medikal etik, etik profesi, konflik kepentingan, *moral values*, nilai alokasi sumber daya, perlindungan pasien dan masyarakat, hubungan/perlakuan antar kelompok profesi, dan antar pegawai. Dengan demikian prinsip-prinsip konsep model manajemen alternatif untuk rumah sakit pendidikan perlu dilandasi oleh azas-azas manajemen yang berorientasi kepada lingkungan, nilai-nilai agama, sosial, etik profesi,

proses dan produk.

Relevan dengan pandangan tersebut dan berdasarkan pada landasan model manajemen alternatif, serta karakteristik model manajemen rumah sakit pendidikan di RSUPHS peneliti beranggapan bahwa prinsip-prinsip *administrative-managerial-effectiveness* dari Georgegopolous, model manajemen proyek dari Harold Kerzner, dan prinsip *modelling Real Life System* Sanusi bisa dijadikan pertimbangan oleh kelompok manajerial maupun oleh kelompok provider untuk *modelling* konsep model manajemen alternatif dan praktek manajerial di Rumah sakit pendidikan.

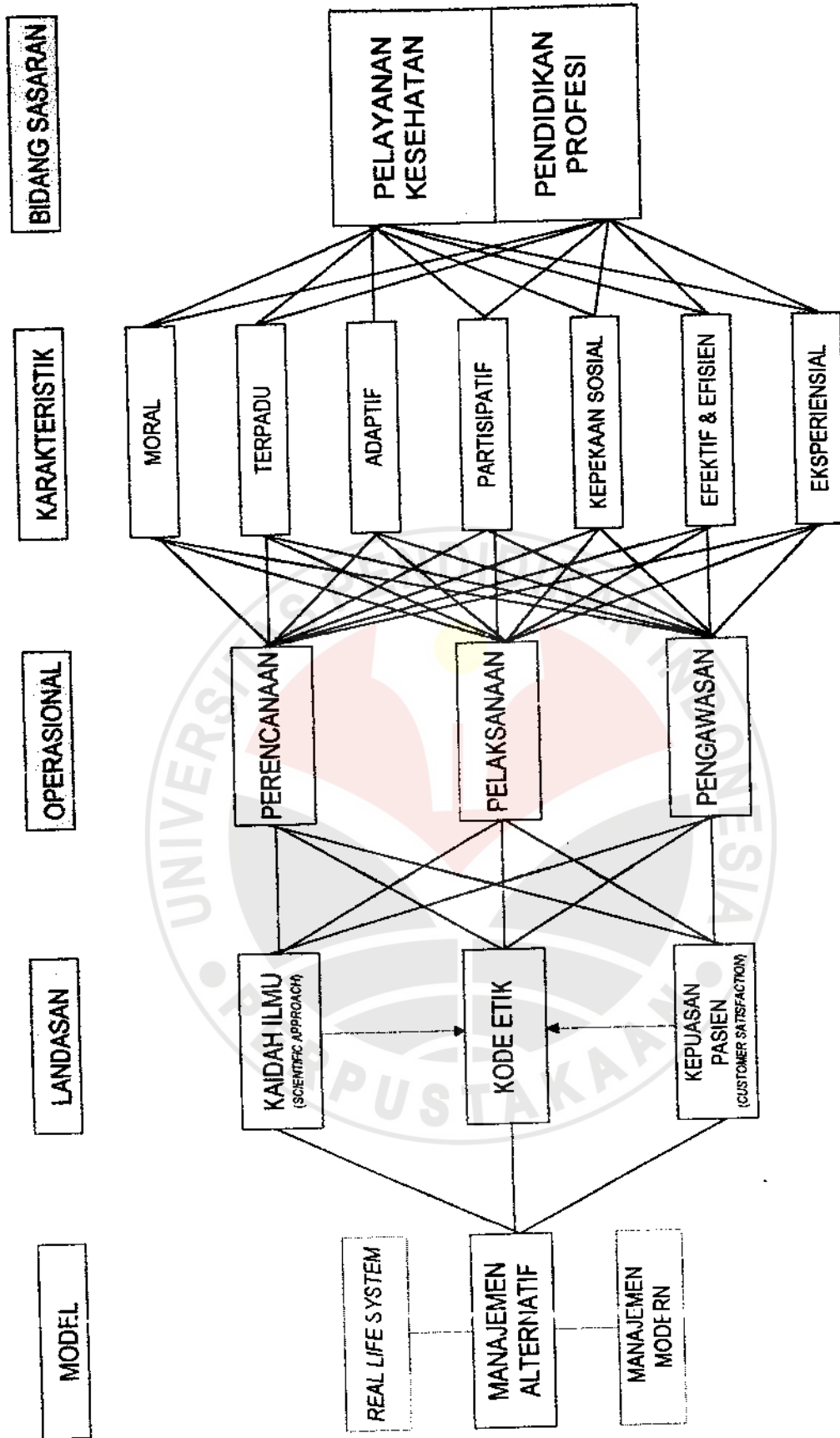
Berdasarkan pertimbangan tersebut di atas, peneliti menggunakan konsep model manajemen modern untuk dijadikan landasan operasional dalam praktek manajerial di Rumah sakit pendidikan yang kompleks dan berhadapan dengan tuntutan masyarakat yang dinamis seperti di RRUPHS. Substansi dari model ini bersifat fleksibel, tingkat adaptasi tinggi, pengontrolan terhadap perubahan yang terjadi tinggi, dan memperhatikan lingkungan kerja sehingga sumberdaya internal yang ada bisa efektif. Oleh karena itu praktek manajerial di wilayah kerja administrasi fungsional rumah sakit pendidikan SMF dan Instalasi, bisa dilaksanakan dengan pendekatan manajemen modern, sehingga kedudukan manajemen rumah sakit pendidikan menjadi sentral dan instrumental guna memadukan potensi lembaga, mengelola sumber daya, dan mengawasi lingkungan kerja sehingga adaptabel dengan kondisi sosial ekonomi yang cepat berubah.

Sehubungan dengan perkembangan demikian, sangat relevan jika proses restrukturalisasi dan transformasi manajemen RSUPHS dilaksanakan dengan pendekatan *modelling Real Life System*-nya rumah sakit pendidikan, sehingga model

alternatif tersebut merepresentasikan karakteristiknya sebagai berikut:

(1) sebagai konsep model, manajemen alternatif dirumuskan berdasarkan RLS-nya rumah sakit pendidikan dan prinsip-prinsip manajemen modern, (2) berlandaskan nilai (*values*), dalam hal ini diaplikasikan sebagai kaidah ilmu (*scientific approach*), (3) berlandaskan kode etik profesi, guna memadukan dan mengontrol prinsip kepuasan pasien dan prinsip *professional satisfaction*, dan *scientific procedure*, (3) berlandaskan nilai-nilai kultural, dalam hal ini diaplikasikan untuk kepuasan pengguna jasa (*customer satisfaction*), (4) berdasarkan pada prinsip-prinsip operasional perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan yang terpadu, dan (5) menunjukkan karakteristik yang diwarnai oleh: (a) sifat-sifat moral yang diperlihatkan dalam unjuk kerja kelompok manajerial dan provider, (b) adaptif dengan perkembangan luar maupun disposisi kebutuhan kelompok manajerial dan provider, (c) partisipatif dengan ditopang oleh komitmen kelompok manajerial dan provider, (d) terpadu antara pendidikan profesi dan pelayanan kesehatan di bawah satu sumber otoritas, (e) kepekaan sosial dengan mempertimbangkan prinsip efektif dan efisien, dan (f) secara keseluruhan model tersebut mengkondisikan model belajar eksperiensial bagi peserta pendidikan profesi.

Secara skematis, konsep model manajemen alternatif tersebut bisa digambarkan secara skematis dalam Gambar.5.1. Model Manajemen Alternatif Rumah Sakit Pendidikan.



Gambar 5.1: Model Manajemen Alternatif Rumah Sakit Pendidikan

D. Model Pendidikan Profesi di RSUPHS

1. Karakteristik Pendidikan Profesi di RSUPHS

Analisis data tentang kegiatan akademik dalam siklus Kepaniteraan di wilayah kerja administrasi fungsional RSUPHS, terlihat adanya karakteristik yang spesifik pada elemen-elemen manajemen pendidikan profesi yang terkait dengan taksonomi variabel pengajaran, yaitu adanya tujuan pengajaran, sumber belajar, homogenitas peserta, kegiatan akademis yang terstruktur, dan hasil pengajaran.

Berdasarkan hasil kajian teoretik, karakteristik tersebut sesuai dengan konsep model belajar yang diajukan Reigeluth dan Merrill (1983) yang menunjuk suatu program pembelajaran harus berpijak pada kaitan tiga variabel utama pembelajaran, yaitu kondisi pengajaran, metode pengajaran, dan hasil pengajaran terlepas dari konten apapun yang diajarkan. Asumsi yang mendukung interaksi ketiga variabel tersebut ialah kondisi dan tujuan belajar yang berbeda memerlukan metode atau strategi pembelajaran yang berbeda. Secara konseptual, asumsi tersebut relevan dengan pandangan Dewey, Lewin dan Piaget tentang hubungan belajar, proses belajar dan pengalaman (*experience and education*). Oleh Kolb (1985) fenomena seperti itu dinyatakan sebagai kondisi ideal bagi dimilikinya keterampilan praktis yang bermanfaat bagi masyarakat, yaitu suatu kondisi yang memungkinkan terjalannya pengalaman nyata dan pendidikan.

Secara empiris peserta program Kepaniteraan dan PPDS yang diposisikan sebagai anggota kelompok provider, menjadikan peserta mempunyai kewenangan sebagai tim medis untuk melakukan kegiatan medis administratif dan medis teknis sesuai dengan *standard operational procedure* (SOP) yang ditetapkan Komite medis

dan organisasi profesi. Dari sudut taksonomi variabel pengajaran, adanya fenomena peserta sebagai anggota kelompok provider tersebut menciptakan variabel kondisi dan strategi pengajaran yang mengkondisikan peserta pendidikan profesi masuk ke dalam dunia nyata, yaitu kegiatan pelayanan kesehatan rumah sakit dalam sistem pelayanan kesehatan yang berlaku.

Sebagai anggota kelompok provider, peserta masuk ke dalam dunia konkrit, yaitu ke dalam kegiatan medis administratif maupun dalam medis teknis yang mengkondisikan peserta Kepaniteraan berinteraksi dengan sumber belajar melalui kegiatan pemeriksaan, pelayanan keperawatan, *visite*, *referat*, seminar di wilayah kerja administrasi fungsional SMF, dan tindakan dalam medis teknis. Dari sudut taksonomi variabel pengajaran, kegiatan tersebut merupakan variabel pengajaran strategi penyampaian (*delivery strategy*), dan variabel pengelolaan (*organizational strategy*) untuk mengkaitkan variabel pengajaran kondisi, strategi dan hasil pengajaran.

Menurut Davies (1976) fenomena tindakan konkrit yang sesuai dengan tujuan pendidikan profesional merupakan kondisi ideal untuk berkembangnya elemen kompetensi melalui jalinan pengalaman nyata dan pendidikan. Sehubungan dengan fenomena-fenomena tersebut peneliti menyimpulkan bahwa pendidikan profesi model Kepaniteraan dan PPDS, merupakan model pendidikan profesi yang diselenggarakan berdasarkan prinsip aplikasi kontemporer model belajar eksperiensial.

Dewey (1938) dan Bruner (1960) masing-masing sebagai tokoh pragmatisme dalam dunia pendidikan dan pembelajaran mengajukan suatu model pembelajaran yang secara konseptual relevan untuk dijadikan landasan ideal bagi model kepaniteraan dan PPDS yang dilaksanakan di RSUPHS. Dewey (1938) yang terkenal dengan

pandangan pragmatismenya yaitu konsep pendidikan *learning by doing*, secara tegas menekankan pengalaman praktis dalam proses pendidikan. Sejalan dengan itu, Bruner (1960) lewat *process of education*, menekankan apa yang harus dimiliki oleh peserta lewat proses belajar, dalam arti pengorganisasian pengalaman peserta Keaniteraan dijadikan sebagai dasar pendidikan, seperti penyajian melalui contoh, perbuatan, dan tindakan merupakan salah satu strategi yang dipreskripsikan oleh Bruner.

Sebagaimana diungkap dalam deskripsi data, program Keaniteraan dan program pendidikan spesialis merupakan program pendidikan profesi yang bertujuan untuk peningkatan kemampuan dan menerapkan ilmu kedokteran seperti pengelolaan penyakit, keperawatan dan tindakan medik. Dilihat dari sudut pembelajaran yang diungkap Reigeluth dan Merrill (1983) dan Degeng (1989), tujuan tersebut merupakan komponen kondisi pengajaran yang berpengaruh terhadap variabel metode pengajaran dan hasil pengajaran melalui proses pendidikan dan pembelajaran didasarkan pada alur interaksi antara variabel kondisi, metode, dan hasil pengajaran.

Sehubungan dengan pandangan tersebut, pengelolaan proses belajar pada model Keaniteraan dan Program Pendidikan Dokter Spesialis, harus selalu melihat keterkaitan antara kecocokan metode dengan variabel kondisi dan tujuan yang diharapkan dari masing-masing program. Biddle dan Dunkin (1974), mengajukan paradigma pembelajaran yang terdiri dari *message variable*, *context variable*, *process variable*, dan *product variable*, yang secara konseptual sejalan dengan konsep model yang diajukan Reigeluth (1983) karena *message* dan *context* variabel pada dasarnya adalah kondisi sedangkan proses berkenaan dengan metode dan *product* variabel memiliki bahasan yang sinonim dari hasil pengajaran dalam pilar pembelajaran..

Sehubungan dengan hal tersebut, variabel kondisi pengajaran pada model Kepaniteraan disesuaikan dengan karakteristik pendidikan profesi yang merupakan program lanjutan dari pendidikan sarjana kedokteran. Dengan demikian pengelolaan proses pendidikan dan pembelajaran diselenggarakan berdasarkan persyaratan-persyaratan khusus, yakni: (1) peserta program kepaniteraan harus telah lulus tahap sarjana kedokteran, (2) peserta program kepaniteraan harus telah mengikuti kegiatan penataran rekam medis, dan (3) peserta program kepaniteraan harus telah mengucapkan janji ko-asisten sebagaimana sumpah dokter.

Dampak diberlakukannya persyaratan-persyaratan tersebut mengkondisikan peserta program relatif homogen, sehingga kondisi pengajaran pada aspek peserta pendidikan memenuhi persyaratan yang ideal. Homogenitas persyaratan inilah yang dimaksudkan kondisi pembelajaran sebagaimana dimaksudkan Reigeluth dan Merrill (1983) dalam rangka mencapai tujuan pembelajaran yang optimal baik tujuan umum maupun tujuan khusus.

Hasil interpretasi data menunjukkan bahwa tujuan umum merupakan jenis variabel kondisi pengajaran yang menggambarkan hasil pendidikan sebagai mahasiswa yang mempunyai elemen pengetahuan, elemen keterampilan dan elemen sikap profesi sebagai seorang dokter. Hasil analisis data tentang proses pendidikan di lokasi penelitian dan hasil triangulasi melalui sejumlah subyek yang terkait, para peserta program pendidikan profesi tersebut, terkondisikan untuk melakukan kegiatan akademis melalui kegiatan pelayanan kesehatan yang terstruktur. Kegiatan pelayanan kesehatan tersebut relevan dengan elemen-elemen kompetensi yang disusun dalam tujuan umum dan tujuan khusus program pendidikan profesi.

Yang dimaksudkan tujuan umum program di sini ialah: (1) bisa melakukan profesi dokter dalam suatu sistem pelayanan kesehatan sesuai dengan kebijakan umum pemerintah yang berlandaskan Pancasila, (2) senantiasa meningkatkan dan mengembangkan diri dalam ilmu kedokteran sesuai dengan bakatnya dan berpedoman kepada pendidikan seumur hidup, (3) menilai kegiatan profesi secara berkala, menambahkan pendidikannya, memilih sumber pendidikan serta menilai kemajuan secara kritis, dan (4) membantu pengembangan ilmu kesehatan dengan ikut serta dalam pendidikan dan penelitian serta mencari penyelesaian masalah kesehatan penderita, masyarakat dan sistem pelayanan kesehatan, dan (5) memelihara dan mengembangkan kepribadian dan sikap yang diperlukan untuk kelangsungan profesinya.

Variabel kondisi yang lain di samping tujuan umum ialah tujuan khusus, merupakan kondisi yang bersifat *given*, yang harus dikuasai melalui proses pendidikan profesi di RSUPHS. Dari hasil interpretasi data tujuan khusus tersebut merupakan kondisi pengajaran yang bisa dilihat, diukur, dan di evaluasi sebagai kemampuan penguasaan sejumlah yang mencakup tujuh ketrampilan dasar, yaitu : (1) terampil dalam mendiagnosis dan mengelola penyakit yang sering terjadi, (2) terampil dalam mengenal dan merujuk penyakit gawat dan penyakit yang jarang terjadi serta terampil dalam menghadapi kasus-kasus darurat, (3) terampil dan peka dalam menanggapi masalah-masalah sosial, budaya dan kepercayaan masyarakat, (4) terampil dan mampu menghayati pengamalan kode etik kedokteran, (5) terampil dalam membuat program pendidikan, (6) terampil dalam mengumpulkan dan menganalisis data kesehatan dan mampu menerapkan hasilnya, dan (7) terampil dalam menyempurnakan ilmunya terus

menerus.

Secara teoretik kondisi pengajaran tersebut bisa tercapai melalui kegiatan konkrit, berkesinambungan. Berdasarkan analisis terhadap hasil pengamatan kinerja kelompok provider, adanya intensitas yang tinggi dalam rawat jalan, rawat darurat, dan rawat inap mengkondisikan peserta program pendidikan kepaniteraan dan PPDS untuk melakukan kegiatan-kegiatan yang kongkrit dan berkesinambungan. Berdasarkan pada fenomena tersebut maka prinsip berkesinambungan dan berinteraksi dengan sumber belajar bisa dilaksanakan karena adanya kegiatan pelayanan kesehatan yang terstruktur sesuai dengan standar operasional prosedur. Dengan demikian proses belajar peserta kepaniteraan akan terfasilitasi dengan baik melalui kondisi ketegangan dan konflik dialektika intelektual antara pengetahuan dan pengalaman konkrit, yaitu pengalaman klinis dengan konsep-konsep maupun dengan hasil observasi langsung secara sistimatis sehingga terjadi proses perkembangan elemen kompetensi atau professionalisasi sebagai dokter.

Adanya fenomena tersebut, dapat diinterpretasikan bahwa pendidikan profesi program Kepaniteraan berjalan sesuai dengan prinsip-prinsip pendidikan eksperiensial. Dengan kata lain, model dan metode pendidikan yang diintegrasikan ke dalam kegiatan pelayanan kesehatan sesuai dengan karakteristik model belajar ekperiensial yang disesuaikan dengan kondisi rumah sakit. Indikasi dari kesesuaian metode dengan karakteristik tujuan ialah pada digunakannya sejumlah strategi yang sesuai dengan karakter dasar dari tujuan umum maupun tujuan khusus. Strategi yang dimaksudkan di sini ialah apa yang dilakukan oleh pengelola dan tenaga pengajar pada kegiatan akademis dalam *setting* pelayanan kesehatan. Dalam hal ini relevan dengan kegiatan

tatap muka secara terstruktur, pelayanan kesehatan secara menyeluruh, pelaksanaan perawatan pasien sesuai standar prosedur operasional, dilaksanakannya program penelitian/survei, dan pengabdian pada masyarakat.

Fenomena tersebut hampir identik dengan fenomena kegiatan akademik pada program pendidikan dokter spesialis, perbedaannya terlihat dari variabel kondisi pengajaran tujuan dan kondisi peserta pendidikan dokter spesialis. Kondisi peserta PPDS homogen yaitu dokter yang telah berpengalaman dalam mengabdikan ilmu kedokterannya di masyarakat dan statusnya adalah pegawai dengan sumber otoritasnya Depdikbud, Depkes, dan departemen lainnya. Sedangkan tujuan umum program pendidikan spesialis substansinya hampir sama dengan program Kepaniteraan adalah sebagai berikut: (1) mempunyai rasa tanggung jawab dalam pengamalan ilmu kesehatan, (2) mampu mengembangkan sikap pribadi sesuai etik profesi dan etik ilmu, (3) mampu menentukan, merencanakan dan melaksanakan pendidikan dan penelitian secara mandiri dan mengembangkan ilmu ke tingkat yang lebih tinggi, (4) memiliki kepekaan sosial, dan (5) mampu menjalin kerjasama profesi.

Dari hasil telaahan dokumen dan hasil observasi, bisa disimpulkan bahwa kondisi pembelajaran pada pendidikan dokter spesialis sudah kondusif karena terpadu ke dalam sistem pelayanan kesehatan yang ada. Hal ini terbukti dengan karakteristik sumber belajar yang spesifik yang memungkinkan interaksi peserta program dengan sumber belajar belangsung secara intensif. Perlakuan yang sama terhadap peserta program dengan status sebagai *asisten / residen* merupakan suatu strategi untuk mengkaitkan kondisi, strategi dan hasil pengajaran pada peserta pendidikan spesialis di dalam sistem pelayanan kesehatan yang berlaku.

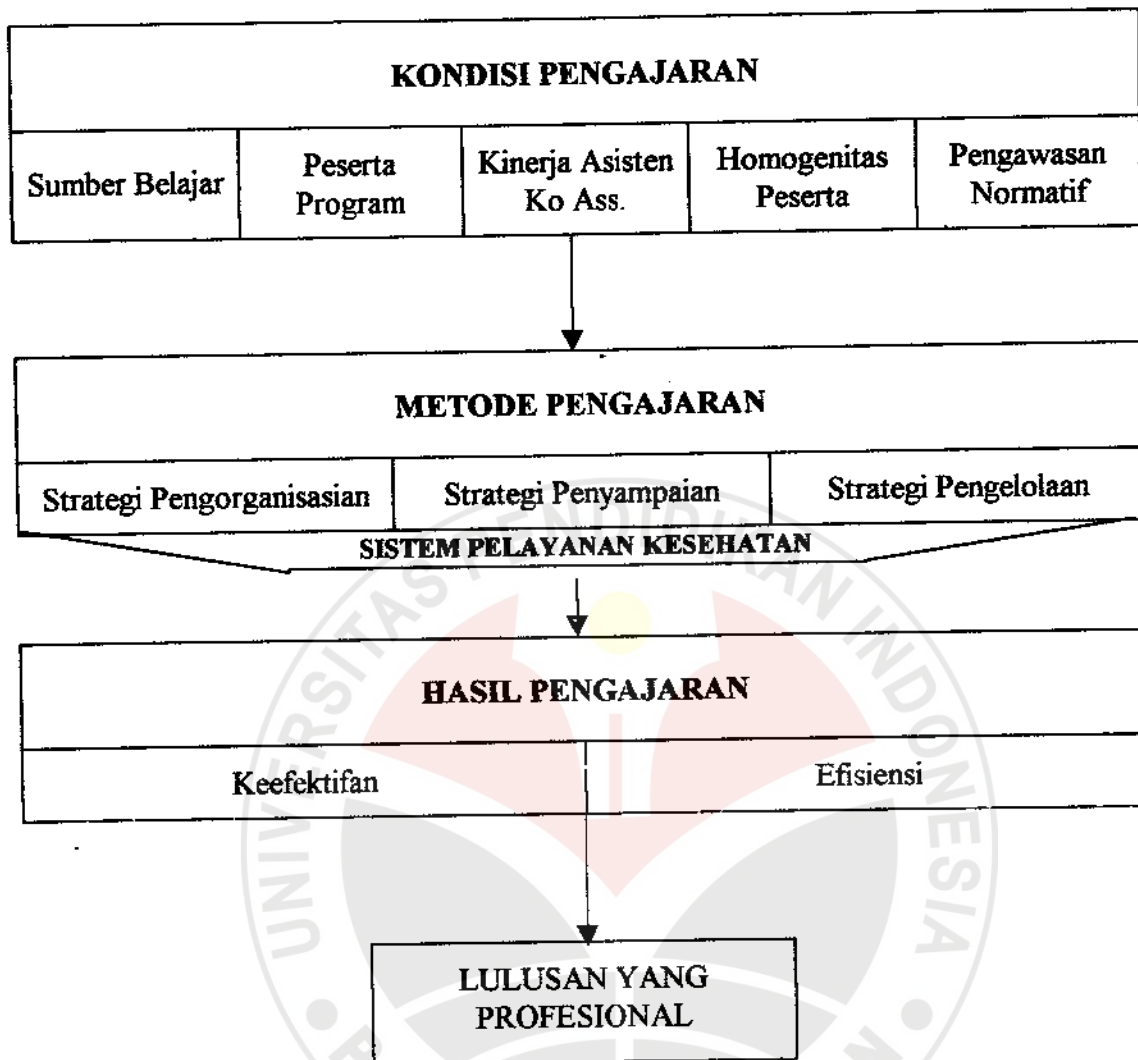
Dari hasil pembahasan terhadap penyelenggaraan model Kepaniteraan dan PPDS tersebut di atas, bisa diinterpretasikan beberapa fenomena yang merefleksikan beberapa prinsip tradisi belajar berdasarkan pengalaman (*experiential learning*) yang efektif untuk mengoptimalkan tercapainya tujuan pendidikan profesi. Prinsip-prinsip dasar yang dimaksud ialah: (1) memposisikan peserta pendidikan profesi sebagai kelompok provider, membawa mereka masuk ke dalam dunia nyata yaitu kegiatan pelayanan kesehatan, (2) masuk ke dalam kegiatan pendidikan yang berdasarkan kompetensi (*competency based education*), (3) masuk ke dalam *network* internal maupun eksternal yang penuh dengan pengembangan elemen pengetahuan sehingga termotivasi untuk belajar sepanjang hayat, (4) adanya *setting* pendidikan berdasarkan pengalaman yang mengkondisikan adanya proses ketegangan dan konflik antara kebijakan dan tindakan dalam medis administratif maupun dalam medis teknis yang menstimulasi proses dialektika intelektual (5) adanya interaksi aktif antara peserta dengan sumber belajar (*resources based learning*), dan (6) adanya kondisi peserta masuk ke dalam dunia yang sangat terkait dengan moral values, nilai-nilai sosial dan etik profesi sesuai dengan RLS-nya rumah sakit pendidikan.

Berdasarkan perspektif tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa sinkronisasi kegiatan akademik program Kepaniteraan sesuai dengan tujuan pelayanan kesehatan yang diharapkan merupakan salah satu prinsip dasar model eksperiensial. Penekanan pada pengalaman langsung dalam program pelayanan kesehatan untuk mendorong terjadinya proses belajar, merupakan karakteristik yang spesifik dalam proses pendidikan profesi. Di dalamnya terjadi perkawinan antara model pendidikan akademik yang bergerak dalam perspektif rasionalis berdasarkan dunia teoritis dengan

model pendidikan profesional yang bergerak dalam perspektif behavioris dalam dunia nyata.

Dilihat dari perspektif fenomenologis pragmatisme, perkawinan kedua perspektif tersebut menciptakan proses dialektik-konflik antara pengalaman konkrit dengan konsep-konsep abstrak dalam perspektif teori, serta konflik antara observasi dan tindakan langsung. Proses pengembangan pengetahuan tersebut dianggap sebagai operasi intelektual yang diawali dari pandangan fenomena konkrit berkembang ke pandangan konstruksionis abstrak melalui proses asimilasi dan akomodasi secara reflektif menjadi pengetahuan. Berdasarkan pandangan tersebut maka konsep model pendidikan profesi harus memfasilitasi peserta program dengan empat abilitas, yaitu *concrete experience abilities*, *reflektive observation abilities*, *abstract conceptualization*, dan *active experimentation abilities* agar terjadi proses belajar secara efektif. Berdasarkan pandangan tersebut di atas, aplikasi kontemporer model belajar eksperiensial bisa mengoperasionalkan empat abilitas tersebut, yaitu dengan *modelling* berdasarkan penataan taksonomi variabel pengajaran seperti terlihat dalam Gambar 5.2. Konsep Model Pendidikan Profesi.

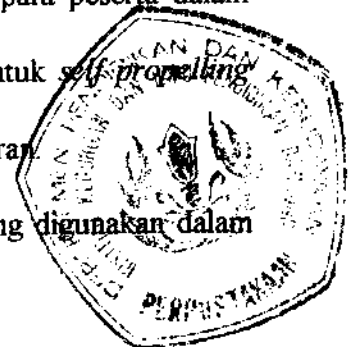
Dari Gambar konsep model pendidikan profesi, posisi taksonomi variabel kondisi pembelajaran merupakan pancang (*scaffolding*) untuk menetapkan metode yang sesuai bagi proses pembelajaran di Rumah sakit pendidikan seperti di RSUPHS guna tercapainya hasil pembelajaran yang efektif dan efisien, sehingga diperoleh suasana interaktif antara peserta program pendidikan profesi dengan sumber belajar dalam suasana dialektika.



Gambar.5.2 konsep model pendidikan profesi di RSUPHS

Dilihat dari perspektif psikologis dan teori pembelajaran, lima faktor tersebut memiliki kontribusi tertentu bagi peserta program pendidikan profesi. Pengaruh faktor kondisi tersebut mengembangkan rasa kesiapan diri (*readiness*) para peserta dalam menghadapi standar-standar baku, sehingga mereka juga siap untuk *self-promoting* dalam menghadapi tugas-tugas yang cukup berat di dunia kedokteran.

Pada variabel metode, diatur strategi-strategi berbeda yang digunakan dalam



kondisi berbeda untuk mencapai hasil belajar yang berbeda. Strategi pengajaran tersebut sangat berpengaruh terhadap kualitas hasil pembelajaran yang bermuara pada hasil belajar peserta program pendidikan. Kualitas metode yang digunakan jelas akan berpengaruh terhadap hasil belajar yang oleh Reigeluth (1983) diidentifikasi dengan tiga butir kriteria, yaitu keefektifan (*effectiveness*), efisiensi (*efficiency*), dan daya tarik (*appeal*). Untuk kriteria daya tarik, dalam bahasan ini kurang diperhatikan karena secara *common sense*, tingkat kedewasaan dan usia peserta program tidak lagi memerlukan daya tarik karena telah dimilikinya sikap mandiri sehingga mampu *self propelling* bagi kebutuhan dirinya.

Taksonomi variabel pengajaran metode, terdiri dari strategi pengorganisasian (*organizational strategy*), strategi penyampaian (*delivery strategy*), dan strategi pengelolaan (*management strategy*). Strategi pengorganisasian merupakan strategi penyusunan materi bidang studi yang diajarkan kepada peserta program dengan struktur tertentu, yaitu struktur teoretis, struktur konseptual, dan struktur prosedural. Degeng (1997) menegaskan bahwa pemahaman yang jelas dari pengajar maupun peserta program pendidikan terhadap substansi struktur materi sangat membantu mempercepat penguasaan menyeluruh dari tujuan umum pendidikan. Dalam program Kepaniteraan, hal tersebut tercermin dari tingkat keterampilan dan ketelitian peserta program pada saat melaksanakan prosedur pelayanan dan tindakan medis.

Pada strategi penyampaian (*delivery strategy*), Degeng (1989, 1997) dan Merrill dan Reigeluth (1983) merekomendasikan perlunya kombinasi antara strategi makro dan strategi mikro. Strategi makro dimaksudkan sebagai upaya penyampaian suatu bidang studi dalam bentuk struktur majemuk, yaitu prosedural, konseptual,

maupun teoretik sedangkan strategi mikro merupakan upaya penyampaian dalam bentuk struktur tunggal, yaitu salah satu dari tiga struktur tersebut. Secara empiris materi sajian dalam program pendidikan profesi terdiri dari perspektif teoretik dan praktik. Pada umumnya, penyajian materi yang bersifat teoretik berpijak pada strategi makro, sementara untuk yang praktik melalui tindakan medis mengambil bentuk strategi mikro yakni sajian prosedural.

Strategi pengelolaan, merupakan upaya untuk mengkondisikan peserta program pendidikan profesi berinteraksi aktif dengan sumber belajar, sehingga terjadi proses dialektika intelektual yang mendorong terjadinya perkembangan elemen kompetensi. Dengan demikian penyusunan strategi pengajaran tersebut perlu proporsional dalam perspektif teori dan praktek sesuai dengan kompetensi yang diharapkan, yaitu elemen pengetahuan, keterampilan, dan sikap profesi. Oleh karena itu komunikasi yang rinci sebagaimana direkomendasikan oleh Flanders (1979) lewat FIAC (*Flanders Interaction Analysis Classification*), merupakan hal yang ditekankan dalam proses pembelajaran di wilayah kerja fungsional rumah sakit pendidikan.

Strategi pengelolaan yang dianggap ideal untuk program pendidikan profesi seperti program Kepaniteraan dan PPDS dapat diklasifikasi dalam tiga pilar kegiatan yakni:

- (1) Pengelolaan sumber belajar dari lingkungan rumah sakit pendidikan, yaitu anggota SMF, kelompok provider, kelompok manajerial, kurikulum dan program pelayanan kesehatan untuk mengkondisikan adanya prinsip *resources based learning*.
- (2) Kegiatan penyelenggaraan pelayanan kesehatan berdasarkan prosedur baku

(SOP) dan normatif, terstruktur, terjadwal sesuai dengan *setting* pendidikan profesi.

- (3) Adanya kegiatan pengabdian masyarakat, pelayanan kesehatan, dan penelitian untuk menyambungkan (*matching*) antara elemen pengetahuan teoretik (kognitif), praktik (psikomotorik), dan sikap (afektif) profesional dalam sistem pelayanan kesehatan.

Variabel pengajaran hasil pembelajaran pada program Kepaniteraan dan PPDS, sesuai hasil pengamatan peneliti telah menunjukkan kualitas hasil yang cukup baik. Sebagaimana diungkap Faust, Reigeluth dan Merrill (1979) kualitas suatu pembelajaran tercermin dari keefektifan dan efisiensi yang bermuara pada hasil belajar. Dengan kata lain, kualitas lulusan pada dasarnya merupakan muara akhir dari suatu proses, dan proses itu sendiri memiliki kontribusi bagi pembentukan kualitas lulusan tersebut (Dunkin dan Biddle, 1974).

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, manajemen rumah sakit pendidikan perlu mempertimbangkan preskripsi pembelajaran yang sesuai dengan tujuan yang ditunjukkan untuk pengembangan kualitas lulusan program Kepaniteraan dan PPDS. Pandangan ini berdasarkan adanya program Kepaniteraan yang diintegrasikan ke dalam pelayanan kesehatan, sesuai dengan konsep Dunkin dan Biddle (1974) tentang *message variable*, *context variable*, *process variable*, dan *product variable* sejalan dengan apa yang diungkap oleh Reigeluth (1983) dan Degeng. Suatu kelompok variabel standard untuk membangun model pembelajaran penting untuk terbentuknya lulusan yang profesional.

Sehubungan dengan hal tersebut, maka temuan penelitian tentang kompleksitas

dan permasalahan dalam manajemen RSUPHS harus diakomodasi oleh suatu model manajemen alternatif yang efektif untuk mitigasi dan mengeliminasi sumber kompleksitas. Hal ini penting untuk mencegah munculnya efek nurturan yang bisa mengkondisikan proses anomali profesionalisasi.

2. Karakteristik Manajemen Pendidikan Profesi

Hasil pengkajian data pada tahap analisis induktif, ditarik suatu kesimpulan bahwa fenomena model manajemen ganda yaitu manajemen yang menyelenggarakan pendidikan profesi dan manajemen yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan ternyata merefleksikan kompleksitas manajemen dan mempengaruhi taksonomi variabel kondisi pengajaran dalam program Kepaniteraan dan PPDS.

Hasil penelitian di *Academic health center*, mendeskripsikan kompleksnya pendidikan profesi kedokteran yang diintegrasikan ke dalam pelayanan kesehatan, bahkan manajemennya *sick and injured* (Jill Ridky, 1993). Menurut Don.E.Detmer (1993) kompleksitas manajemen pendidikan profesi tersebut terjadi akibat adanya faktor internal dan eksternal yang berpengaruh terhadap praktek manajerial program pelayanan kesehatan dan pendidikan profesi yang dilaksanakan di satu institusi. Hasil analisis data pada tahap interpretasi, menunjukkan adanya fenomena faktor internal yang potensial menjadi kompleksitas manajemen. Dengan adanya hal-hal tersebut, bisa disimpulkan bahwa kompleksitas rumah sakit merupakan masalah dalam pendidikan profesi kedokteran karena terkait dengan lingkungan rumah sakit sebagai lingkungan belajar.

Kondisi demikian sejalan dengan pandangan para ahli yang menganggap

bahwa lingkungan belajar dan kondisi lingkungan di Rumah sakit pendidikan merupakan masalah dalam pendidikan kedokteran (Rockwell,1983). Secara empiris program Kepaniteraan di RSUPHS sangat tergantung dari praktek manajerial rumah sakit, walaupun data memperlihatkan adanya model manajemen ganda. Kondisi demikian relevan dengan hasil penelitian yang merefleksikan fenomena persepsi dan visi anggota anggota kelompok manajerial dan provider (48,89%) beranggapan adanya model manajemen ganda, dan adanya pandangan tentang konflik kepentingan dalam program pendidikan dan pelayanan kesehatan (30,49%).

Implikasi adanya fenomena tersebut, terlihat dari hasil penelitian yang menggambarkan perbedaan komitmen anggota kelompok provider dari kedua sumber otoritas. Secara kualitatif hasil observasi terhadap komitmen anggota kelompok manajerial dan provider menunjukkan fenomena komitmen yang berbeda dengan indikator jam kerja, dan jabatan rangkap. Kondisi tersebut terlihat dari hasil triangulasi yang secara kuantitatif didapatkan adanya fakta 62,16 % anggota dengan NIP 14 melakukan tugas lain di luar RSUPHS sedangkan anggota dengan NIP 13 menunjukan 85,71 % melakukan tugas lain di luar RSUPHS. Kondisi demikian merupakan gambaran tidak efektifnya peranan manajemen dalam pembinaan kepegawaian dan dalam fungsi kontrol. Longgarnya fungsi kontrol memberikan implikasi terhadap faktor internal untuk menjadi potensial menjadi sumber konflik, baik dalam dimensi nomotetis maupun idiografis.

Fenomena tersebut sesuai dengan pandangan Getzels (1987) tentang interaksi faktor internal dan eksternal yang menciptakan kompleksitas dalam praktek manajerial. Faktor-faktor ini berinteraksi pada dua tataran yakni dalam dimensi

nomotetis yaitu keterkaitan lembaga-peranan-harapan anggota, dan dalam dimensi idiografis yang menghubungkan keterkaitan individu-kepribadian, dan disposisi kebutuhan anggota. Adanya fenomena komitmen yang berbeda dalam kelompok manajerial dan provider sudah mengekspresikan adanya konflik individu yang berpangkal pada perbedaan disposisi kebutuhan.

Indikasi yang menunjukkan adanya faktor internal terlihat dari fenomena visi anggota kelompok manajerial dan provider terhadap fungsi RSUPHS. Dari fenomena tersebut hanya ada 69,81 % anggota dengan NIP 13 yang menganggap masih perlunya fungsi pelayanan kesehatan umum, di sisi lain 91,46 % menyarankan untuk fungsi pelayan spesialis, sebagai pusat rujukan dan tempat pendidikan profesi kesehatan masing-masing 97,56 %, sedangkan untuk fungsi penelitian sebesar 93,90%. Fenomena tersebut menunjukkan ada 30,19% anggota dengan NIP 13 dan 46,34% anggota dengan NIP 14 berpandangan supaya RSUPHS tidak menyelenggarakan fungsi sebagai pusat pelayanan kesehatan umum.

Fenomena visi kelompok manajerial terhadap fungsi RSUPHS demikian merefleksikan komitmen yang rendah terhadap pendidikan profesi Kepaniteraan, karena peserta pendidikan profesi model Kepanitraan banyak membutuhkan kasus penyakit umum. Hal tersebut mengindikasikan adanya faktor internal yang bisa berimplikasi terhadap praktek manajerial, yaitu adanya konflik dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan penyelenggaraan pelayanan kesehatan dan program Kepaniteraan yang memerlukan kasus-kasus penyakit umum .

Dari fenomena tersebut di atas, bisa ditarik suatu kesimpulan bahwa praktek manajerial pendidikan profesi tidak bisa terlepas dari manajemen rumah sakit

pendidikan. Hal ini terbukti dari hasil analisis pada fase induktif, yang menunjukkan adanya fenomena pengajaran peserta program Kepaniteraan sangat tergantung dari efektifitas pelayanan kesehatan di wilayah kerja administrasi fungsional RSUPHS. Dengan demikian manajemen pendidikan profesi model Kepaniteraan sangat dipengaruhi oleh manajemen rumah sakit sehingga karakteristik manajemen pendidikan profesi model Kepaniteraan bisa disimpulkan sebagai berikut: (1) tergantung kepada sumber daya rumah sakit, (2) sangat tergantung kepada efektifitas unit fungsional rumah sakit, (3) berorientasi kepada tujuan, (4) praktek manajerial perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan terpadu dengan praktek manajerial pelayanan kesehatan. Sehubungan dengan karakteristik manajemen pendidikan profesi yang tergantung pada manajemen rumah sakit, maka rumusan konsep model praktek manajerial pelayanan kesehatan dan pendidikan profesi harus merupakan praktek manajerial yang terpadu.

Konsep model praktek manajerial terpadu merupakan karakteristik praktek manajerial di rumah sakit pendidikan yang menggambarkan adanya tahap penetapan kebijakan terpadu pada kelompok manajerial level pimpinan dan adanya tahap penyusunan pokok-pokok program pendidikan pelayanan dan pendidikan profesi.

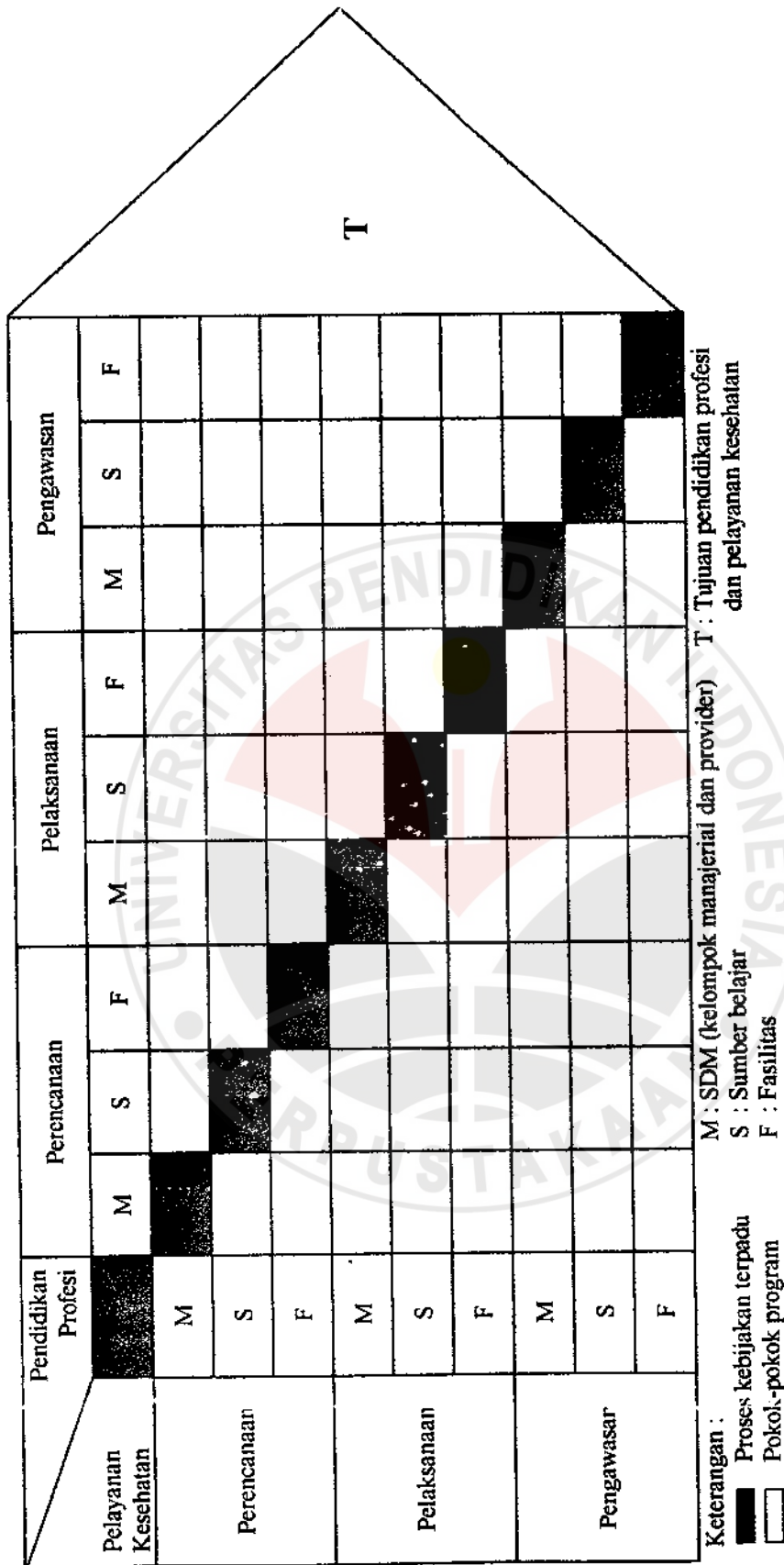
Secara sistimatis, langkah praktek manajerial tersebut dilaksanakan dalam dua tahap, yaitu (1) ditetapkannya kebijakan terpadu yang mencakup perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan SDM, sumber pendidikan, dan fasilitas, yang ditetapkan dalam tataran kebijakan pimpinan rumah sakit dan Fakultas Kedokteran, (2) disusun pokok program pendidikan profesi dan pelayanan kesehatan sebagai aplikasi model belajar eksperiensial, (3) dilaksanakan praktek manajerial pelaksanaan

di wilayah kerja administrasi fungsional rumah sakit pendidikan secara terpadu, (3) dilaksanakan praktek manajerial pengawasan dilaksanakan secara terpadu guna mencapai produktifitas pendidikan, dan (4) dilaksanakannya evaluasi program secara terpadu.

Secara skematis, langkah-langkah tersebut bisa dilihat pada Gambar.5.3.

Bagan Konsep Model Praktek Manajerial Terpadu.





Gambar 5.3 : Bagan Konsep Model Praktek Manajerial Terpadu (untuk rumah sakit pendidikan)