



BAB 1

PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN



1.1. Latar Belakang

Kinerja rumah sakit pemerintah masih sangat memprihatinkan haruslah diterima sebagai sebuah realita (Lestari, 2004). Masalah kinerja ini menjadikan *image* rumah sakit pemerintah yang kurang baik di mata masyarakat. Akuntabilitas rumah sakit pemerintahpun belum seperti yang diharapkan, belum ada perbaikan yang berarti. Hal itu berakibat pada makin berkurangnya kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit pemerintah secara perlahan-lahan. Keadaan tersebut tentu sangat merugikan bagi rumah sakit pemerintah karena ditinjau dari sudut pemasaran, kepercayaan konsumen bagi entitas pelayanan jasa seperti rumah sakit adalah hal yang utama.

Salah satu indikator kinerja rumah sakit adalah angka utilisasi. Hasil analisis Ditjen Pelayanan Medik Depkes RI selama kurang lebih 10 tahun menunjukkan bahwa pemanfaatan RSU Pemerintah cenderung menurun terutama Bed Occupancy Rate (BOR) RSU kelas A yang menurun dari 75% menjadi 59,5%, sedangkan BOR RSU kelas C tetap tidak dapat melebihi angka ideal 60% bahkan dari angka 58,8% menurun menjadi 53,3%. Secara keseluruhan hal ini menunjukkan bahwa angka utilisasi RS Pemerintah masih rendah, seperti tampak pada Tabel 1.1 di halaman 2 tentang BOR RSU Pemerintah dalam 10 tahun (1988-1997). Tabel 1.1 menunjukkan bahwa pemakaian tempat tidur RS Pemerintah masih rendah. Nilai BOR hanya berkisar 55%-57%. Rata-rata, tiap hari dari 100.000 penduduk hanya 30 orang yang sedang dirawat di rumah sakit. Selain itu, tempat tidur yang disediakan RSU Pemerintah untuk pasien kurang

Masalah *overuse* diartikan sebagai lebih besarnya kemungkinan suatu pelayanan mencelakakan pasien daripada menguntungkannya. Masalah *underuse* berarti kegagalan menyediakan layanan yang sebenarnya menguntungkan bagi kesehatan pasien. Berdasarkan perspektif ini, masalah *misuse* ternyata lebih banyak terkait dengan pelayanan yang aman (*safe*) dan resiko minimal (*minimal risk*), sedangkan *overuse* dan *underuse* lebih menyangkut domain praktek kedokteran yang konsisten dengan perkembangan pengetahuan yang paling mutakhir dan berbasis bukti (*evidence based*).

Masalah tersebut menjadi sangat penting diperhatikan karena rumah sakit memang didirikan untuk menyetatkan bukan mencelakakan. Tidak ada gunanya bagi masyarakat menggunakan haknya memperoleh pelayanan kesehatan jika ternyata proses dan hasilnya justru membahayakan mereka. Sebagai gambaran jeleknya pelayanan klinis di Amerika Serikat, jumlah antibiotika yang diresepkan namun sebenarnya tidak diperlukan mencapai 20 juta kasus setiap tahun. Pada tahun 2003 jumlah tersebut meningkat puluhan juta lebih banyak. Selain itu 8,9 juta orang harus mengalami hari rawat inap yang tidak diperlukan dan hampir 7,5 juta orang mengalami prosedur medik dan bedah yang juga tidak diperlukan. Lebih memprihatinkan adalah data kematian akibat *medical error* yang mencapai 98.000 kasus pertahun sedangkan kematian akibat prosedur yang tidak perlu mencapai 37.136 kasus pertahun (Tene, 2004). Data tentang permasalahan yang sama sulit didapatkan di Indonesia. Padahal data yang didapatkan di Amerika, hanya mewakili 5-20% dari kejadian sebenarnya. Dengan pertimbangan berbagai kekurangan yang mencolok di Indonesia baik dari sisi standard pelayanan, sistem keamanan pasien, lisensi, monitoring, audit, kesadaran masyarakat dan penegakan hukum, maka dapat diasumsikan

angka-angka di Indonesia tidak lebih baik, atau cenderung lebih buruk daripada negara maju.

Fakta-fakta di atas secara khusus dicermati oleh *World Health Organization* (WHO) dan Departemen Kesehatan di masing-masing negara maju. Para ahli WHO di bidang perumaha-sakit melihat bahwa salah satu sebabnya adalah pengukuran kinerja dari sebuah rumah sakit yang tidak holistik (WHO, 2003). Pandangan selama ini yang beranggapan bahwa rumah sakit adalah entitas bisnis dan merupakan bagian dari industri kesehatan, lebih banyak memfokuskan pengukuran kinerja dari aspek manajerial dan finansial, kurang memperhatikan dengan sungguh-sungguh aspek kinerja klinis (*clinical performance*). Padahal kecacatan dan kematian atau morbiditas dan mortalitas yang ditimbulkan akibat prosedur yang tidak standar, kerugiannya tidak dapat dihargai dengan uang seberapapun besarnya. Dalam konteks sebuah negara secara makro keadaan ini akan mempengaruhi kualitas sumber daya manusia secara keseluruhan, karena kesehatan adalah determinan kualitas sumber daya manusia yang sangat penting.

Salah satu pendekatan kinerja rumah sakit yang dipandang dapat mengakomodasi masalah kinerja klinis (*clinical performance*) adalah pendekatan *clinical governance*. Rumah sakit yang memiliki *good clinical governance* dapat menjawab permasalahan ini karena berfokus pada 3 hal, yaitu berfokus utama pada kesehatan pasien, tindakan yang dilakukan selalu sesuai dengan bukti ilmiah (*evidence-based*) dan konsep ini sejalan dengan tugas profesional kesehatan yang merupakan pelaku utama pelayanan sebuah rumah sakit yaitu dokter dan perawat (Aditama, 2005). *Clinical governance* yang bermula dari sistem kesehatan Inggris telah diterapkan sejak tahun 1997 dan prinsip-prinsipnya diakui dapat menggambarkan determinan kinerja klinis secara cukup komprehensif

(Starey, 2001). Bahkan beberapa dimensi *clinical governance* seperti *safety*, *risk management*, dan *clinical effectiveness* dijadikan bagian dari dimensi kunci kinerja rumah sakit versi *WHO experts committee* tahun 2003 (WHO, 2003). Dimensi kunci versi WHO tersebut saat ini belum final dan masih terus dibahas oleh sidang para ahli WHO. Dalam proses tersebut, ada sebuah kesepakatan awal yang sangat luas dikalangan ahli WHO bahwa keselamatan pasien harus menjadi perhatian utama/determinan dalam pengukuran kinerja rumah sakit. Mereka memandang hal itu selama ini banyak terabaikan. Pandangan ini senada dengan prinsip *clinical governance* dimana rumah sakit yang melaksanakan *good clinical governance* telah menggeser perhatiannya dari masalah utama keuangan kearah kebutuhan pasien yang paling mendasar yaitu kesembuhan dan keamanan penderita.

Transformasi ke arah tata pelayanan yang lebih berkualitas dan bertanggungjawab lewat *clinical governance* ini tentu merupakan sebuah proses. Perlu adanya sebuah peta bertindak untuk dapat mengetahui kunci-kunci pembuka bagi kelancaran pelaksanaan *clinical governance* di rumah sakit pemerintah. Bagaimana *clinical governance* itu dapat bekerja dan apa saja yang mempengaruhinya saat ini belum didukung oleh studi-studi. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap *clinical governance* saat ini lebih berupa bahasan teoritik.

Salah satu wacana yang mengemuka dan banyak dianut adalah seperti dijelaskan Degeling *et al.* (2004) dimana terdapat 2 mekanisme penting bagi berjalan tidaknya *good clinical governance* di rumah sakit yaitu mekanisme dari atas ke bawah (*top down*) dan dari bawah ke atas (*bottom-up*). Mekanisme *top down* adalah aturan dan kebijakan dari regulator (pemerintah) termasuk aturan tentang bentuk kelembagaan baru bagi rumah sakit atau pembentukan

kelembagaan-kelembagaan baru. Di Inggris misalnya telah dibentuk 2 badan baru untuk menyokong kualitas pelayanan kesehatan dalam rangka mensukseskan *clinical governance* yaitu *National Institute for Clinical Excellence (NICE)* dan *Commission for Health Improvement (CHI)* (Donaldson, 1998).

Di Indonesia belum ada kebijakan *top down* yang jelas. Akan tetapi sepertinya sudah mulai tampak kebijakan ke arah *clinical governance* seperti telah dibentuknya Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) atau menjadikan RS Pemerintah sebagai Badan Layanan Umum (BLU). Dengan BLU, prinsip otonomi dan manajemen korporat tetap dilakukan dan rumah sakit dapat dikelola layaknya perusahaan tetapi tidak untuk mencari keuntungan. BLU tetap merupakan organisasi profesional yang nirlaba (Thabrany, 2005).

Karena kebijakan *top down* di Indonesia ini masih prematur dan terkesan belum terpola, maka diperlukan mekanisme *bottom up* yang dimulai dari masing-masing rumah sakit yang justru menjadi hal yang utama dan dapat mulai dilaksanakan. Degeling *et al.* (2004) mengartikan mekanisme *bottom up* dalam pembentukan *good clinical governance* sebagai sebuah mekanisme untuk membentuk lingkungan belajar (*learning environment*) yang ditandai dengan karakteristik berupa kepemimpinan yang baik (*excellent leadership*), dan didukung staf yang memegang teguh nilai yang tinggi (*highly valued staff*). Lingkungan belajar dapat terbentuk bila rumah sakit sebagai organisasi melakukan pembelajaran pada seluruh personal yang terlibat didalamnya, yang biasa disebut pembelajaran organisasi.

Pembelajaran merupakan hal pokok dalam sebuah organisasi yang kompleks seperti halnya rumah sakit pemerintah. Pembelajaran merupakan tuntutan yang tidak dapat ditawar agar rumah sakit pemerintah dapat bertahan

dalam lingkungan yang terus berubah. Itulah mengapa pemerintah melalui Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 004/Menkes/SK/ I/ 2003 tentang “Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan” mencantumkan kebutuhan organisasi kesehatan menjadi organisasi pembelajar (*learning organization*). Langkah tersebut dimaksudkan agar kemampuan para pejabat (khususnya departemen kesehatan dan rumah sakit khususnya) selalu dapat menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan. Kanter (1998: 173) mengatakan bahwa organisasi pembelajar diakui merupakan teknologi dalam era turbulensi seperti sekarang ini.

Organisasi yang akan memiliki keunggulan masa depan adalah organisasi yang menemukan strategi membangun komitmen untuk meningkatkan kapasitas belajar semua orang di setiap level organisasi. Organisasi pembelajar sebagai tempat dimana pembelajaran terjadi menjadi sangat mungkin tercipta karena pada hakikatnya semua manusia adalah pembelajar. Belajar adalah proses alamiah seorang manusia. Sebagaimana manusia, organisasi tidak langsung menjadi besar. Tim tidak serta merta menjadi besar tetapi mereka belajar dari waktu ke waktu. Mereka belajar bagaimana menciptakan hasil luar biasa yang lebih baik dari pekerjaan sebelumnya (Senge, 1996 : 4).

Organisasi pembelajar juga merupakan hal pokok bagi terlaksananya *good clinical governance* di rumah sakit. *Good Clinical Governance* misalnya mensyaratkan para petugas kesehatan senantiasa meng-*update* ilmu pengetahuan terbaru secara aktif. Kedokteran berbasis bukti (*evidence based medicine*) harus menjadi dasar dalam setiap pengambilan keputusan klinik. Konsep *Continuing Medical Education (CME)* harus sudah menjadi kebiasaan bagi setiap petugas kesehatan (Aditama, 2005). Tidak mungkin para dokter mengetahui

perkembangan terbaru, teraman dan termurah dalam penatalaksanaan sebuah penyakit jika mereka tidak belajar. Begitu juga dengan perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Tidak mungkin perawat akan mengerti tata cara perawatan sebuah penyakit kronis yang terbaru jika mereka tidak belajar. Pembelajaran adalah awal dari semua perubahan. Tiada perubahan tanpa proses pembelajaran yang mendahuluinya. Tetapi saat ini riset tentang pengaruh pembelajaran organisasi terhadap pelaksanaan *good clinical governance* secara khusus belum diteliti.

Selain pembelajaran organisasi sebagai hal yang pertama dan utama dalam membangun *good clinical governance* di rumah sakit, selanjutnya Degeling *et al.* (2004) menyebut memerlukan kepemimpinan yang baik dan nilai-nilai (*values*) yang tinggi. Kumpulan nilai-nilai (*values*) yang tinggi itu dalam diskursus perilaku organisasi, tercermin dalam bentuk budaya organisasi.

Sebuah organisasi seperti rumah sakit dapat membentuk budaya yang baru melalui pembelajaran. Sebagaimana pendapat Schein (1991 : 174) dan Duncan (1996 : 144) yang mengatakan bahwa salah satu mekanisme pembentukan budaya organisasi adalah melalui pembelajaran. Schein (1991 : 174) menyebutnya dengan *learning theory*. Dalam membentuk budaya organisasi, pembelajaran berperan untuk mengadopsi nilai-nilai (*values*) baru yang dianggap ideal. Nilai-nilai (*values*) yang merupakan inti budaya organisasi ini sangat penting dikarenakan organisasi hidup untuk mengkreasikan nilai bagi lingkungannya. Moeljono (2005 : 7) mengatakan, jika organisasi tidak mampu lagi memberikan nilai tersebut, ia akan hilang atau mati, atau bisa juga berganti menjadi organisasi lain.

Dalam konteks *good clinical governance*, sistem nilai (*values*) adalah pendorong internal bagi individu-individu di dalam entitas rumah sakit untuk

menerima, mendukung dan melaksanakan prinsip-prinsip *good clinical governance*. Sistem nilai yang merupakan inti budaya organisasi ini berfungsi mirip sebagai perangkat lunak dalam pelaksanaan *good clinical governance*. Peran perangkat lunak berupa nilai dan budaya ini secara umum memang semakin diperhitungkan dalam diskursus organisasi di era kualitatif – humanistik saat ini (Moeljono, 2005 : 45).

Proses pembelajaran juga berperan dalam merubah nilai-nilai normatif menjadi perilaku aplikatif. Perilaku yang telah mengkristal diharapkan dapat mendukung pelaksanaan *good clinical governance*. Budaya organisasi jelas merupakan hal pokok bagi pelaksanaan *good clinical governance*. Contohnya dalam melakukan audit klinis sebagai salah satu pelaksanaan *good clinical governance*, tidak mungkin berjalan dengan baik jika budaya tidak saling menyalahkan (*no blame culture*) yang sudah mengakar di dunia medis tidak berusaha dihilangkan (Palmer, 2002).

Dapat dikatakan bahwa pembelajaran organisasi dan budaya organisasi akan lebih memandang rumah sakit sebagai sebuah organisasi hidup atau komunitas daripada sebuah mesin. Pendekatan yang sangat cocok bagi sebuah entitas rumah sakit dikarenakan rumah sakit didirikan untuk melayani manusia sehingga pendekatan kemanusiaan sangat tepat dilakukan. Memandang organisasi sebagai mesin berarti memandang bahwa organisasi tidak mampu memperbaharui diri, sedangkan cara pandang bahwa organisasi adalah sesuatu yang hidup atau komunitas akan melihat bahwa organisasi mampu senantiasa memperbaharui dirinya. Dalam cara pandang organisasi sebagai mesin, maka tata nilai, cita-cita dan makna sebuah pekerjaan merupakan isu yang tidak relevan tetapi dalam cara

pandang organisasi sebagai makhluk hidup, tata nilai, cita-cita dan makna pekerjaan adalah sebuah isu yang besar.

Cara pandang terhadap organisasi termasuk rumah sakit di dalamnya, sangat besar pengaruhnya terhadap tingkah laku orang-orang dalam organisasi yang bersangkutan dan cara-cara yang ditempuh dalam mengembangkan atau mentransformasi organisasinya. *Good Clinical Governance* tidak bisa dilepaskan dari pendekatan humanistik ini karena pelaku dari konsep itu adalah manusia. Inilah mengapa Kasali dalam Thabrany (2005) merekomendasikan transformasi kultural lebih didahulukan dibanding transformasi struktural. Alasannya adalah tranformasi kultural langsung menyentuh sisi terdalam manusia sebagai pelaku perubahan yaitu nilai-nilai.

Pembelajaran juga hal pokok bagi terbentuknya kepemimpinan yang baik. Teori kepemimpinan terutama yang berbasis pada *behavioural theory* dan *contingency theory* menyatakan bahwa kepemimpinan dapat dipelajari. Pemimpin tidak dilahirkan tetapi diciptakan (Robbins, 2002 : 9). Dengan terus mengadopsi proses pembelajaran maka pemimpin dapat terus menyesuaikan dengan perubahan lingkungan. Rumah Sakit membutuhkan kepemimpinan yang dapat membawa organisasinya tetap bertahan di era transformasi rumah sakit pemerintah saat ini. Seperti diketahui, rumah sakit pemerintah baik RS Umum Pusat (RSUP) maupun RS Umum Daerah (RSUD) telah mengalami transformasi yang cukup signifikan dan cenderung berlarut-larut. Semuanya tidak terlepas dari munculnya gerakan *New Public Management (NPM)* sebagai akibat krisis keuangan dan ekonomi di dunia barat tahun 70-an serta kegagalan administrasi pemerintah publik di Inggris, Australia dan Kanada.



Di Indonesia, diskursus korporatisasi RS Pemerintah ini awalnya muncul saat Departemen Kesehatan berencana mengubah status 13 Rumah Sakit Umum Pusat – RSUP (milik Depkes) menjadi Perusahaan Jawatan (Perjan) dan keluarnya Kepres No. 40/2001 yang memberi opsi pada rumah sakit daerah menjadi BUMD (Thabrany, 2005). Ditambah lagi dengan adanya Pemerintah Daerah yang mendahului membuat kebijakan perubahan status badan hukum bagi RS Daerah miliknya. Pemda DKI misalnya telah mengubah rumah sakit daerah menjadi Perseroan Terbatas (PT). Hal ini tampak dalam Peraturan Daerah (Perda) DKI Jakarta tahun 2004 No.13, 14 dan 15 yang mengubah RS Haji Jakarta, RSUD Cengkareng dan RSUD Pasar Rebo menjadi Perseroan Terbatas (PT) (Mahlil, 2005).

Walaupun privatisasi rumah sakit telah menjadi diskursus yang hangat dibicarakan dan telah dilakukan di beberapa daerah di Indonesia ini, tetapi riset mengenai perubahan status lembaga pemerintah ke arah privatisasi atau otonomi ekonomi yang lebih luas pada dewasa ini tidak sebanding dengan riset mengenai praktik manajerial post privatisasi (*post privatisation management*) insitusi milik pemerintah tersebut (De Castro *and* Uhlenbruck, 1997 ; Laban *and* Wolf, 1993). Tidak ada peneliti yang mencoba melihat bagaimana kepemimpinan yang efektif yang menunjang perubahan menuju privatisasi itu (De Castro *and* Uhlenbruck, 1997). Sesungguhnya, perubahan ke arah privatisasi atau otonomi yang lebih luas adalah perubahan yang sangat dramatik bagi insitusi milik pemerintah (Goodman *and* Loveman, 1991).

Demikian pula untuk perubahan rumah sakit pemerintah yang saat ini sedang berlangsung, diperlukan visi dan stamina manajerial yang tinggi untuk membawa kesuksesan pada organisasi. Salah satu faktor yang paling menentukan

keberhasilan dalam situasi transformasi adalah kepemimpinan. Bass (1990) mengatakan perubahan organisasi yang dramatik membutuhkan *inspirational leader* yang dapat membingkai ulang kesempatan saat terjadi transformasi dalam organisasinya dan organisasi akan mengikuti pemimpin itu. Bass (1990) menyebutnya kemudian sebagai kepemimpinan transformasional (*transformational leadership*). Bagi RS Pemerintah, pelaksanaan *good clinical governance* tentunya merupakan perubahan yang dramatik dikarenakan banyak prinsip-prinsip *good clinical governance* yang menentang arus budaya birokrasi yang selama ini berjalan. Hal ini tentu menarik untuk diteliti sehingga hubungan ketiga hal ini yaitu pembelajaran, budaya organisasi dan kepemimpinan terhadap pelaksanaan *good clinical governance* tidak hanya sekedar wacana tetapi dapat dijelaskan secara ilmiah.

Terminologi *clinical governance* di Indonesia belum banyak dikenal para klinisi di rumah sakit. Namun elemennya sudah ada dan dilaksanakan oleh para klinisi seperti pelaksanaan *Continuing Medical Education* (CME), penanggulangan infeksi nosokomial, penanganan limbah rumah sakit dan lain-lain. Oleh karena itu untuk memperbaiki *image* rumah sakit pemerintah terutama Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD), maka studi pelaksanaan *clinical governance* sangat diperlukan agar pada akhirnya dapat mengatasi masalah kinerja secara umum. Namun sampai saat ini studi tentang *clinical governance* di Indonesia masih sangat sulit ditemukan. Walaupun begitu, tulisan-tulisan di berbagai jurnal perumahsakititan menunjukkan sebagian besar ahli perumahsakititan Indonesia sepakat dan mendukung pengembangan *good clinical governance* untuk menyehatkan kembali pelayanan kesehatan kita (Aditama, 2005 ; Sulistiadi, 2004)

Bagaimanapun *clinical governance* telah berkembang menjadi wacana yang diterima secara luas dalam menilai kinerja rumah sakit. Bahkan dapat diprediksikan bahwa masyarakat masa depan akan mempertanyakan seberapa jauh *good clinical governance* telah dilaksanakan oleh rumah sakit sebelum mereka memercayainya untuk dirawat di suatu rumah sakit. Maka dalam studi ini disusun judul disertasi: **“PENGARUH PEMBELAJARAN ORGANISASI TERHADAP BUDAYA ORGANISASI DAN KEPEMIMPINAN TRANSFORMASIONAL SERTA *CLINICAL GOVERNANCE* RUMAH SAKIT TIPE B DI JAWA TIMUR”**.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang dan judul disertasi tersebut disusun rumusan masalah sebagai berikut :

1. Apakah Pembelajaran Organisasi berpengaruh signifikan terhadap *Clinical Governance* RS Pemerintah tipe B di Jawa Timur ?
2. Apakah Pembelajaran Organisasi berpengaruh signifikan terhadap Budaya Organisasi RS Pemerintah tipe B di Jawa Timur?
3. Apakah Pembelajaran Organisasi berpengaruh signifikan terhadap Kepemimpinan Transformasional RS Pemerintah tipe B di Jawa Timur ?
4. Apakah Budaya Organisasi berpengaruh signifikan terhadap *Clinical Governance* RS Pemerintah tipe B di Jawa Timur?
5. Apakah Kepemimpinan Transformasional berpengaruh signifikan terhadap *Clinical Governance* RS Pemerintah tipe B di Jawa Timur?
6. Apakah terdapat perbedaan pelaksanaan *Clinical Governance* di rumah sakit pendidikan dan non pendidikan?

1.3. Tujuan Studi

Berdasarkan uraian latar belakang, judul dan rumusan masalah disusun tujuan studi sebagai berikut :

1.3.1. Tujuan Umum

Secara Umum, tujuan studi ini adalah menganalisis pengaruh pembelajaran organisasi, budaya organisasi, kepemimpinan terhadap *clinical governance* rumah sakit pemerintah tipe B di Jawa Timur.

1.3.2. Tujuan Khusus

Selain memiliki tujuan umum, studi ini juga memiliki tujuan khusus yaitu :

1. Mengukur dan menganalisis pengaruh Pembelajaran Organisasi terhadap *Clinical Governance* rumah sakit pemerintah tipe B di Jawa Timur
2. Mengukur dan menganalisis pengaruh Pembelajaran Organisasi terhadap Budaya Organisasi rumah sakit pemerintah tipe B di Jawa Timur
3. Mengukur dan menganalisis pengaruh Pembelajaran Organisasi terhadap Kepemimpinan Transformasional rumah sakit pemerintah tipe B di Jawa Timur
4. Mengukur dan menganalisis pengaruh Budaya Organisasi terhadap *Clinical governance* rumah sakit pemerintah tipe B di Jawa Timur
5. Mengukur dan menganalisis pengaruh Kepemimpinan Transformasional terhadap *Clinical Governance* rumah sakit pemerintah tipe B di Jawa Timur
6. Menganalisis uji beda pelaksanaan *Clinical Governance* di rumah sakit pendidikan dan non pendidikan

1.4. Manfaat Studi

Manfaat yang diharapkan dari studi ini adalah diperolehnya suatu konsep pembelajaran organisasi, budaya organisasi dan kepemimpinan terutama dalam kerangka untuk meraih *clinical governance* rumah sakit. Pada akhirnya diharapkan dapat mengidentifikasi pembelajaran organisasi yang sedang berlangsung dan menentukan tahapan yang telah dicapai. Selanjutnya organisasi dapat memanfaatkannya sebagai umpan balik di dalam membangun organisasi pembelajar, budaya organisasi dan kepemimpinan yang sesuai untuk mencapai *clinical governance* yang bermuara pada peningkatan kinerja organisasi seperti yang diharapkan.

Disamping manfaat di atas banyak pihak yang juga bisa mengambil manfaat dari studi ini, diantaranya adalah :

1. Bagi pengelola rumah sakit, baik swasta maupun pemerintah, hasil studi ini akan memberikan informasi komprehensif mengenai pembelajaran organisasi, budaya organisasi dan kepemimpinan yang terjadi di institusi rumah sakit ; memberikan gambaran tentang tahapan-tahapan yang dilalui serta bagaimana pengaruhnya terhadap *clinical governance*.
2. Bagi pihak pemerintah (regulator) dalam hal ini Departemen Kesehatan, temuan dari studi ini bisa dijadikan sebagai dasar penentu kebijakan (*policies*) dan pembuatan aturan (*regulations*) sektor rumah sakit di Indonesia pada umumnya dan Jawa Timur Khususnya
3. Bagi institusi akademis dan peneliti berikutnya, temuan-temuan dari studi ini bisa dijadikan sebagai referensi studi berikutnya di bidang *clinical governance*, pengembangan sumber daya manusia pada umumnya dan pembelajaran organisasi pada khususnya.