

PENGEMBANGAN MANAJEMEN KINERJA PERAWAT DAN BIDAN SEBAGAI STRATEGI DALAM PENINGKATAN MUTU KLINIS

PERFORMANCE MANAGEMENT DEVELOPMENT FOR NURSES AND MIDWIVES AS A
NATIONAL STRATEGY FOR IMPROVING QUALITY OF CLINICAL CARE

Tjahjono Kuntjoro

Balai Pelatihan Teknis Profesi Kesehatan, Gombong
Jawa Tengah

ABSTRACT

Background: *Pengembangan Manajemen Kinerja/PMK* (Performance Management Development) becomes a national strategy for improving quality of clinical care, especially for nursing and midwifery care. As a strategy for improving clinical care quality, PMK implementation are therefore, should be reviewed within the clinical governance framework.

Objective: To review the PMK implementation based on the clinical governance framework as a national strategy for improving quality in clinical care either in hospital or puskesmas.

Methods: Review the conceptual background of PMK, and the results of the evaluation study of PMK implementation in Magelang, Purworejo, and Cilacap districts, within the clinical governance framework.

Result: *Pengembangan Manajemen Kinerja* (PMK) is a rapid and appropriate strategy for improving quality of clinical care within a clinical governance framework in the clinical care micro system when it is integrated in the existing quality system. *Pengembangan Manajemen Kinerja* (PMK) is very beneficial for the nurses and midwives in improving their quality of care, even though the benefit for the patient has yet to be evaluated. *Pengembangan Manajemen Kinerja* (PMK) provides basic foundation for the implementation of clinical governance when it is implemented based on the original model. Strong emphasis should be given to the advocacy to stakeholders to get supports and commitment, and on the followed up phase by planned and established coaching and monitoring system.

Conclusion: As a national strategy for improving clinical care especially nursing and midwifery care, PMK is a simple and appropriate strategy for improving quality of clinical care, PMK can be viewed as initial strategy for the implementation of clinical governance.

Keywords: clinical governance, performance management, clinical care, clinical quality

PENGANTAR

Kinerja menjadi tolok ukur keberhasilan pelayanan kesehatan yang menunjukkan akuntabilitas lembaga pelayanan dalam kerangka tata pemerintahan yang baik (*good governance*). Dalam pelayanan kesehatan, berbagai jenjang pelayanan dan asuhan pasien (*patient care*) merupakan bisnis utama, serta pelayanan keperawatan merupakan *mainstream* sepanjang kontinum asuhan.

Upaya untuk memperbaiki mutu dan kinerja pelayanan klinis pada umumnya dimulai oleh perawat melalui berbagai bentuk kegiatan, seperti: gugus kendali mutu, penerapan standar keperawatan, pendekatan-pendekatan pemecahan masalah, maupun audit keperawatan. *Milestones* upaya perbaikan mutu pelayanan kesehatan di Indonesia diawali dengan uji coba penerapan gugus kendali mutu di Rumah Sakit (RS) Karawang dan Bekasi pada tahun 1988. Perkembangan

selanjutnya tercermin dari penerapan berbagai pendekatan perbaikan mutu di Jawa Tengah yang dimulai pada tahun 1990 dengan pelatihan dan penerapan gugus kendali mutu di RSUD Tidar Magelang dan RSUD Purworejo. *Total Quality Management* (TQM) mulai diterapkan baik di rumah sakit maupun dinas kesehatan kabupaten dan puskesmas pada tahun 1994, dilanjutkan dengan penerapan jaminan mutu (*quality assurance*) di puskesmas, dan akreditasi RS untuk 5 pelayanan pada tahun 1997 yang ditindaklanjuti dengan penerapan manajemen kinerja pada tahun 1998. Akreditasi RS untuk 12 pelayanan diterapkan mulai tahun 2000, dan pada tahun 2004 mulai diterapkan akreditasi puskesmas dan sistem manajemen mutu menurut ISO 9001:2000, serta audit klinis di RS.

Perbaikan mutu dan profesionalisme pelayanan keperawatan dan kebidanan dimulai pada tahun 1989 dengan diperkenalkannya proses keperawatan dan manajemen kebidanan yang

diikuti dengan pelatihan-pelatihan proses keperawatan dan manajemen kebidanan bagi perawat dan bidan yang bekerja di RS maupun puskesmas. Sistem Pengembangan Manajemen dan Kinerja Klinis (SPMCK) untuk perawat dan bidan mulai diperkenalkan oleh WHO pada tahun 2001 di Jawa Tengah dan Daerah Istimewa Yogyakarta, yang kemudian diadopsi di tujuh provinsi yang lain dan akan dikembangkan di seluruh Indonesia. Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) No. 836/2005, SPMCK yang kemudian berubah menjadi Pengembangan Manajemen Kinerja Perawatan dan Bidan (PMK) menjadi kebijakan nasional untuk peningkatan mutu dan kinerja pelayanan keperawatan baik di rumah sakit maupun di puskesmas.

Mata rantai terdepan yang perlu diperhatikan dalam perbaikan mutu dan kinerja pelayanan kesehatan adalah pengalaman pasien dan masyarakat terhadap pelayanan yang mereka terima. Sistem mikro merupakan mata rantai kedua yang berhadapan langsung dengan pasien dan masyarakat, di samping mata rantai yang lain yaitu konteks organisasi dan konteks lingkungan.¹ Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) merupakan pendekatan perbaikan proses pada sistem mikro yang mendukung dan meningkatkan kompetensi klinis perawat dan bidan untuk bekerja secara profesional dengan memperhatikan etika, tata nilai, dan aspek legal dalam pelayanan kesehatan. Hal tersebut bertujuan untuk meningkatkan kinerja klinis perawat dan bidan melalui kejelasan definisi peran dan fungsi perawat atau bidan, pengembangan profesi, dan pembelajaran bersama.²

Sebagai strategi awal untuk peningkatan kinerja pelayanan klinis dengan berfokus pada keperawatan dan kebidanan yang dapat dikembangkan untuk pelayanan klinis yang lain, perlu dikaji bagaimana implementasi PMK dalam kerangka kerja tata pengaturan klinis.

Tata Pengaturan Klinis (*Clinical Governance*)

Tata pengaturan klinis (*clinical governance*) adalah kerangka kerja yang menjamin akuntabilitas organisasi pelayanan kesehatan melalui perbaikan mutu pelayanan yang berkesinambungan, menciptakan lingkungan yang mendukung, dan menjamin diterapkannya standar pelayanan yang optimum dalam pelayanan klinis.³ Penerapan tata pengaturan klinis mengikuti beberapa aturan dasar, yaitu: tata pengaturan klinis harus menjadi *mainstream* dalam pelayanan, proses perubahan yang dilakukan bersifat evolusional bukan revolusi, mengembangkan kerja tim dan kepemimpinan,

mengembangkan prinsip kerja sama dan kemitraan, kemajuan dipantau secara rutin melalui indikator-indikator yang jelas, optimalisasi pemanfaatan sumber daya yang tersedia, dan menjamin diterapkannya aturan dasar perbaikan sistem pelayanan klinis.⁴

Pelayanan klinis perlu dilandasi hubungan yang harmonis antara pasien dan praktisi klinis, penyesuaian-penyesuaian perlu dilakukan untuk memenuhi kebutuhan dan tata nilai pasien yang menjadi sumber pengendali asuhan. Selanjutnya pengambilan keputusan dan penyusunan standar pelayanan yang berbasis *evidens*, keamanan pasien, arus informasi yang tanpa hambatan, keterbukaan, kerja sama antarpraktisi klinis, dan efisiensi dalam pelayanan merupakan aturan-aturan dasar dalam perbaikan mutu pelayanan klinis.⁴

Dalam penerapannya tata pengaturan klinis memiliki struktur yang terdiri dari: efektivitas klinis, audit klinis, regulasi tenaga profesi secara mandiri, pengembangan profesi yang berkesinambungan, manajemen risiko, pengembangan sumber daya manusia, penelitian dan pengembangan, manajemen informasi dan pengetahuan, penanganan keluhan, kerja tim, serta keterlibatan pelanggan.⁵

Efektivitas klinis menunjukkan sejauh mana perlakuan klinis yang spesifik ketika diterapkan di tempat pelayanan untuk mencapai hasil yang diharapkan yaitu dengan memelihara dan meningkatkan status kesehatan dan memperoleh manfaat kesehatan seoptimal mungkin dengan keterbatasan sumber daya yang tersedia, serta ketersediaan bukti klinis yang terbaik dan terkini (*best available evidence*). Manfaat tersebut ditunjukkan dengan tingkat keberhasilan perlakuan dan efektivitas biaya. Peningkatan efektivitas klinis tersebut merupakan indikator keberhasilan penerapan tata pengaturan klinis.

Analisis secara kritis dan sistematis terhadap mutu pelayanan klinis mulai dari prosedur diagnosis, terapi, penggunaan sumber daya untuk mencapai luaran klinis yang diharapkan dilakukan dalam kegiatan audit klinis. Audit klinis merupakan struktur penting dalam tata pengaturan klinis sebagai dasar untuk mengenal permasalahan pada sistem pelayanan klinis, mencari peluang melakukan perbaikan, dan melakukan tindakan perbaikan terhadap sistem yang ada.

Penerapan tata pengaturan klinis sangat tergantung pada ketersediaan dan profesionalisme sumber daya manusia yang menjadi pelaku kegiatan pelayanan klinis, yang dapat terwujud melalui mekanisme regulasi yang tepat dan pengembangan profesionalisme, baik melalui

pendidikan formal maupun pendidikan klinis berkelanjutan.

Mutu pelayanan tidak hanya tergantung pada pelayanan klinis yang memenuhi standar profesi, tetapi juga pelayanan yang berfokus pada pelanggan. Oleh karena itu, keterlibatan pasien sebagai pengguna pelayanan sekaligus pengambil keputusan perlu mendapat perhatian dalam penerapan tata pengaturan klinis. Penyedia pelayanan perlu mengembangkan mekanisme untuk mengenal kebutuhan dan harapan pasien maupun mekanisme untuk menerima keluhan dan komplain untuk dipertimbangkan dalam penyusunan desain pelayanan, standar pelayanan, maupun pengambilan keputusan klinis.

Dengan maraknya tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan akan diberlakukannya Undang-Undang Praktik Kedokteran No. 29/2004, perlu dipertimbangkan diterapkannya manajemen risiko dalam penyelenggaraan pelayanan klinis. Dengan diterapkannya manajemen risiko sebagai salah satu struktur yang harus ada dalam tata pengaturan klinis melalui proses pengenalan, kajian, dan pencarian jalan keluar untuk mencegah terjadinya risiko dan *adverse events*, maka akan memberikan perlindungan bagi pasien dan praktisi klinis.

Kerja tim merupakan struktur tata pengaturan klinis yang tidak dapat diabaikan dan menjadi landasan keberhasilan peningkatan mutu klinis. Hal tersebut mengingat kompleksitas pelayanan kesehatan yang melibatkan berbagai disiplin ilmu kesehatan di semua strata pelayanan.

Keseluruhan struktur yang ada dalam tata pengaturan klinis akan berfungsi dengan baik jika didukung oleh sistem informasi dan manajemen pengetahuan (*knowledge management*) yang memadai. Tersedianya sistem informasi tersebut akan memberikan kemudahan bagi pasien dan praktisi klinis untuk berkomunikasi dan berinteraksi. Dengan adanya sistem informasi yang tertata dengan baik dan secara reguler dapat menyajikan bukti-bukti klinis terkini yang mendukung proses pengambilan keputusan klinis, maupun kegiatan-kegiatan penelitian klinis yang dilakukan di tempat kerja. Hal tersebut akan sangat bermanfaat dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) dalam Kerangka Tata Pengaturan Klinis (Clinical Governance)

Struktur dasar PMK meliputi⁵: kejelasan tanggung jawab (*responsibility*), uraian kerja (*job description*), standar profesi (*professional standards*), standar organisasi (*organizational standards*), akuntabilitas (*accountability*), proses

pembelajaran melalui diskusi kasus reflektif (*reflective case discussion*), dan pelatihan keterampilan manajerial (*managerial skills training*). Profesionalisme sumber daya manusia merupakan struktur dasar tata pengaturan klinis pada PMK yang diawali dengan kejelasan tanggung jawab dan uraian kerja. Adanya kejelasan tanggung jawab perawat dan bidan, serta uraian kerja yang disusun pada awal penerapan PMK merupakan landasan bagi perawat dan bidan untuk melaksanakan tugas sesuai dengan kompetensi dan kewenangan mereka.

Standar pelayanan disusun oleh perawat dan bidan berdasarkan standar profesi yang tersedia dan dijadikan pedoman pelaksanaan kerja dalam organisasi pelayanan kesehatan. Adanya standar yang menjadi pedoman asuhan pelayanan menjamin tindakan dan keputusan klinis yang dilakukan oleh perawat dan bidan agar dapat dipertanggungjawabkan secara profesional.

Meskipun audit klinis tidak dikerjakan dalam pendekatan PMK, indikator kinerja disusun dan dikembangkan, serta menjadi dasar akuntabilitas profesi dalam melaksanakan asuhan pasien. Penilaian pelayanan berdasar indikator tersebut secara periodik dikumpulkan dan dikaji sebagai dasar untuk melakukan upaya-upaya perbaikan dalam tata kelola klinis keperawatan dan kebidanan.

Proses pembelajaran untuk meningkatkan kompetensi dan perbaikan mutu asuhan dilakukan melalui diskusi kasus reflektif. Kasus dipilih bersama dalam tim untuk dibahas dan dikaji. Luaran dari diskusi kasus reflektif bukan mencari kesalahan, tetapi belajar dari kasus dan mencari peluang perbaikan, sehingga dapat mencegah kesalahan atau masalah yang sama.

Struktur dasar PMK merupakan titik-titik kritis dalam pelayanan klinis keperawatan dan kebidanan yang menentukan profesionalisme dan efektivitas asuhan. Dengan dibangunnya struktur dasar tersebut akan terbina hubungan harmonis perawat atau bidan dengan pasien karena adanya kejelasan tanggung jawab dan uraian kerja. Efektivitas klinis diupayakan melalui penerapan standar profesi dan pengembangan profesionalisme perawat dan bidan melalui pelatihan keterampilan manajerial dan diskusi kasus reflektif. Meskipun audit klinis bukan merupakan struktur dari PMK, pelaksanaan diskusi kasus reflektif dan indikator klinis yang disepakati, serta digunakan untuk monitoring pelayanan menjadi cermin akuntabilitas asuhan dan menjadi dasar dalam menentukan sasaran perbaikan yang dapat menggantikan fungsi audit klinis.

Berbagai upaya dapat dilakukan sebagai jalan masuk untuk mengawali perbaikan mutu dan kinerja pelayanan klinis, antara lain dengan menerapkan standar pelayanan klinis, *integrated clinical care pathway*, ataupun kegiatan yang bersifat *problem solving based* pada sistem terdepan pelayanan. Demikian juga, PMK yang titik tangkapnya pada sistem mikro dapat dikembangkan dalam skala lebih luas yang perlu didukung dengan berfungsinya sistem manajemen mutu dan arus informasi yang memadai. Keberhasilan upaya perbaikan pada sistem mikropelayanan keperawatan melalui PMK akan menimbulkan momentum perbaikan pada sistem pelayanan klinis yang lebih luas. Demikian juga pada sistem penunjang pelayanan. Dengan dukungan kebijakan, kepemimpinan dan komitmen, kegiatan perbaikan mutu dapat dipadukan menjadi suatu sistem tata pengaturan klinis yang terintegrasi.

Implementasi Pengembangan Manajemen Klinis (PMK) sebagai Strategi Peningkatan Mutu Klinis

Penerapan PMK diawali dengan uji coba di Kabupaten Magelang, Jawa Tengah, dan Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta baik di RS maupun di puskesmas dengan langkah implementasi sebagai berikut. 1). Persiapan yang berupa advokasi kepada *stakeholders* di kabupaten, pelatihan pelatih, dan *strategic meeting*. 2). Pelatihan dan implementasi di RS dan puskesmas, yang meliputi kegiatan: a. Kajian lapangan dan umpan balik terhadap kondisi pelayanan keperawatan dan kebidanan saat ini yang dilaksanakan selama satu hari, b. Pelatihan manajerial untuk perawat dan bidan blok 1 dan blok 2 masing-masing dua sampai tiga hari, yang dilanjutkan dengan, c. *Workshop* 1 di puskesmas dan RS yang merupakan tindak lanjut pelatihan dan membahas bagaimana aplikasi di lapangan, d. Pelatihan manajerial untuk perawat dan bidan blok 3 yang dilaksanakan selama dua hari, dilanjutkan dengan e. *Workshop* 2 di puskesmas dan di RS, f. Pelatihan blok 4 selama dua hari yang ditindaklanjuti dengan implementasi, pembimbingan, pemantauan, dan evaluasi setelah kegiatan berjalan selama 3 bulan.² Model tersebut kemudian disederhanakan dengan menggabungkan pelatihan manajerial untuk perawat dan bidan yang semula 4 blok menjadi 2 blok.

Uji coba tersebut ditindaklanjuti di Jawa Tengah dengan *roll out* ke kabupaten-kabupaten yang merupakan lokasi Proyek *Safemotherhood* dan Proyek Kesehatan 5. Sebagai akibat dari

penyesuaian persyaratan proyek dan keterbatasan sarana terjadi modifikasi dalam pelaksanaan *roll-out* tersebut baik dalam persiapan, penyelenggaraan pelatihan, implementasi, maupun pembimbingan dan pemantauan. Advokasi pada tahap persiapan tidak dilakukan secara optimal yang diakibatkan kurangnya dukungan dari *stakeholders*. Penerapan di lokasi Proyek *Safemotherhood* terjadi modifikasi terhadap penyelenggaraan pelatihan yang semula 4 blok dijadikan menjadi satu paket pelatihan dalam kelas di balai pelatihan selama 10 hari, dan pembimbingan di lapangan hanya dilakukan dua kali. Di lokasi Proyek Kesehatan 5, pelatihan digabungkan menjadi 2 blok, pembimbingan lapangan tidak dilakukan, dan pemantauan dilakukan 3 bulan setelah pelaksanaan.

Hasil evaluasi terhadap pelaksanaan di 3 kabupaten⁶ yaitu Kabupaten Magelang mewakili model awal, Kabupaten Purworejo mewakili lokasi Proyek Kesehatan 5, dan Kabupaten Cilacap mewakili Proyek *Safemotherhood* menunjukkan bahwa advokasi pada *stakeholders*, komitmen *stakeholders* dan pelaksana, serta pembimbingan (*coaching*) dan pemantauan (*monitoring*) di lapangan sangat menentukan keberlangsungan kegiatan peningkatan manajemen kinerja klinis. Dengan demikian, penerapan PMK sebaiknya mengikuti dengan cermat langkah-langkah yang ada dalam pedoman, mulai tahapan persiapan, pelaksanaan, sampai pada pembimbingan, pemantauan, dan evaluasi.

Dari hasil evaluasi juga ditemukan berbagai hambatan dalam pelaksanaan peningkatan manajemen kinerja perawat dan bidan, antara lain: lemahnya mekanisme monitoring kegiatan, masih baik di puskesmas, di RS, maupun dinas kesehatan kabupaten, sulitnya memahami modul pelatihan, keterbatasan dana, belum dilibatkannya dokter dalam upaya perbaikan kinerja klinis, kurangnya sosialisasi internal, dan kurangnya komitmen baik *stakeholders* maupun pelaksana, serta belum terintegrasinya kegiatan PMK dalam kegiatan jaminan mutu.

Meskipun dari hasil evaluasi manfaat penerapan PMK yang dirasakan oleh pasien belum dapat secara jelas ditunjukkan, tetapi diperoleh manfaat bagi petugas kesehatan yaitu adanya kejelasan tugas dan tanggung jawab, sehingga bidan dan perawat lebih paham yang harus dikerjakan dan batasan kewenangan mereka, peningkatan disiplin kerja, peningkatan pengetahuan tentang kinerja klinis, timbul dorongan untuk belajar, dan motivasi untuk bekerja sesuai standar.

Uji coba *roll out* pada pelayanan medis telah dilakukan dengan difokuskan pada upaya menekan terjadinya infeksi di RS Muntilan dan menunjukkan manfaat PMK dalam menekan terjadinya infeksi melalui dibentuknya komite pengendalian infeksi, tim pencegahan dan pengendalian infeksi dengan tugas dan fungsi yang jelas, disusun dan dilaksanakannya program-program umum pengendalian infeksi, yang meliputi: *universal precaution, surveilans*, pengendalian *outbreak*, penyusunan kebijakan dan prosedur kerja, serta pelatihan. Indikator program pengendalian infeksi juga disusun sebagai dasar akuntabilitas pelayanan.⁷

Memperhatikan hasil uji coba dan evaluasi pelaksanaan PMK di Jawa Tengah, PMK merupakan pendekatan yang strategis untuk memulai penerapan tata pengaturan klinis yang diawali pada sistem mikropelayanan, khususnya sistem pelayanan keperawatan dan sistem pelayanan kebidanan. Proses pembelajaran melalui penerapan PMK akan mengubah cara pandang praktisi klinis dalam memberikan pelayanan dan asuhan kepada pasien, serta mendorong untuk mengupayakan yang terbaik bagi pasien. Diawali dengan perubahan cara pandang praktisi klinis untuk bersedia berperan dalam upaya perbaikan mutu klinis, kegiatan PMK dapat diadopsi oleh profesi selain perawat dan bidan. Demikian juga struktur tata pengaturan klinis yang lain dapat dibangun, sehingga akan terangkai suatu tatanan yang terpadu dalam peningkatan mutu dan kinerja pelayanan klinis.

Kelemahan advokasi untuk memperoleh komitmen dari *stakeholders* dan pelaksana merupakan pelajaran yang penting dalam *roll out* PMK di tempat lain. Adanya komitmen berbagai pihak yang terkait sangat menentukan kesinambungan pelaksanaan PMK sebagai pendekatan untuk meningkatkan mutu klinis. Kunci keberhasilan lain dapat dipetik dari pengalaman penerapan di Jawa Tengah yaitu pentingnya pembinaan dan pemantauan. Pembinaan dan pemantauan tersebut merupakan upaya untuk membiasakan dan membudayakan agar perawat dan bidan bekerja sesuai dengan uraian kerja, standar profesi, belajar melalui diskusi kasus reflektif, dan selalu mengupayakan perbaikan sistem yang berkesinambungan, serta mencegah terjadinya kesalahan.

Penerapan PMK menunjukkan ruang gerak perbaikan mutu klinis yang berfokus pada sistem mikro, dapat menjadi *initial strategy* untuk penerapan tata pengaturan klinis yang mempunyai lingkup yang lebih luas. Prinsip dasar tata pengaturan klinis telah diterapkan dalam tahapan kegiatan pelaksanaan PMK yaitu kejelasan tanggung jawab, pengembangan standar profesi, akuntabilitas, pembelajaran, dan diskusi kasus reflektif yang sebenarnya merupakan bentuk audit klinis yang dilakukan oleh perawat dan bidan. Sebagai langkah awal menuju diterapkannya tata pengaturan klinis yang terintegrasi dalam kegiatan perbaikan mutu suatu organisasi pelayanan kesehatan, PMK dapat dipandang sebagai strategi yang tepat.

KESIMPULAN

Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) merupakan pendekatan yang tepat sebagai jalan masuk diterapkannya tata pengaturan klinis (*clinical governance*) baik di RS maupun di puskesmas. Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) mempunyai struktur yang merupakan peletakan dasar pertama dalam pengembangan tata pengaturan klinis.

Advokasi dan komitmen *stakeholders* dan pelaksana, kepemimpinan, kegiatan pembinaan dan pemantauan, menjadi kunci keberhasilan pelaksanaan PMK. Penerapan PMK mulai dari tahap persiapan, pelaksanaan, evaluasi, dan *roll out* ke tempat pelayanan yang lain atau profesi yang lain sangat tergantung pada dukungan *stakeholders* di dalam dan di luar organisasi pelayanan. Proses pelaksanaan yang meliputi penerapan standar profesi, bekerja sesuai dengan uraian kerja, kompetensi dan tanggung jawab, serta pelaksanaan diskusi kasus reflektif. Pada tahap awal memerlukan pembinaan dan pemantauan yang berkesinambungan, dan merupakan struktur dasar untuk dikembangkan dalam kerangka tata pengaturan klinis yang terintegrasi.

Dengan peningkatan mutu asuhan klinis oleh perawat dan bidan melalui PMK yang kemudian dikembangkan untuk praktisi klinis yang lain dalam suatu tatanan yang terpadu akan lebih menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang profesional bagi masyarakat.

KEPUSTAKAAN

1. Berwick, D. The Chain of Effect in Improving Health Care Quality, paper presented at Asia Pacific Forum on Quality Improvement in Health Care. Sidney. September 2001.
2. WHO. Implementasi Sistem pengembangan Manajemen Kinerja Klinik untuk Perawat dan Bidan di Rumah Sakit dan Puskesmas. WHO-SEA-Nurs-429, Mei. 2002.
3. Swage, T. Clinical Governance in Health Care Practice. Butterworth-Heinemann. 2000. Oxford.
4. Wright, J., Hill, P. Clinical Governance, Churchill and Livingstone, 2003;1:19-35.
5. Dewsbury, C. Making sense of clinical governance, The Pharmaceutical Journal. 2001;267(December 15).
6. WHO. The Steps to Implement the Clinical Performance Development Management System to nurse and midwife in Hospital and Health Center, WHO-MOH, May 2004.
7. CHSM-WHO. Progress Report: Improving Quality of the CPDMS implementation, CHSM-WHO, Yogyakarta. 2005a.
8. CHSM-WHO. Progress Report: The Implementation of CPDMS for Infection Control Program in the hospital, CHSM-WHO. Yogyakarta. 2005b.