

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Penelitian

Dalam era globalisasi sekarang ini yang terlihat dalam tingginya kompetisi di antara para penyedia pelayanan kesehatan, inovasi dan meningkatnya kemandirian pelanggan untuk memilih pelayanan kesehatan, serta pendekatan pelayanan kesehatan yang juga mengalami perubahan. Pelayanan kesehatan tidak hanya bertumpu pada ketersediaan jenis pelayanan kesehatan dan kepuasan pasien tetapi juga dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu. Hal ini berkaitan dengan kualitas hidup yang semakin meningkat (Dwiprahasto, 2001).

Dalam Siswono (2001), buruknya mutu pelayanan kesehatan tidak hanya menjadi masalah bagi negara berkembang tetapi juga negara maju sehingga hal ini menjadi isu penting yang dibahas dalam sejumlah jurnal. Isu yang sering menjadi bahasan masyarakat luas adalah *medical error* yang kadang berlanjut dengan tuntutan hukum, baik kepada dokter, petugas kesehatan, maupun rumah sakit. Kesalahan medik bisa menimbulkan efek samping, bahkan juga cacat dan kematian.

Kesalahan medis makin banyak disorot di Indonesia, namun solusi untuk tindakan memperbaiki ketinggalan jauh. Kesalahan yang terjadi dalam praktek medis tidak mungkin dihilangkan seperti kesalahan yang terdapat pada mesin atau komputer, karena manusia bukan mesin dan untuk setiap kasus pasien tidak ada duanya yang identik secara lengkap. Suatu kepustakaan yang disebut oleh Atul Gawande, seorang dokter ahli bedah, dalam bukunya yang berjudul "*Complications*" menyebutkan misalnya bahwa di

Amerika Serikat terdapat *statistic* dari kasus otopsi (bedah mayat) yang menyebutkan: dokter gagal mendiagnosis 25% dari infeksi fatal, sekitar 33% dari serangan jantung, dan hampir dua per tiga dari kasus emboli paru-paru luput terdiagnosis (Darmansjah, 2002).

Reason mendefinisikan *medical error* sebagai kegagalan dalam melakukan tindakan yang direncanakan sesuai dengan yang diharapkan (disebut sebagai *error of execution*) atau menggunakan rencana tindakan yang keliru untuk mencapai tujuan yang diinginkan (*error of planning*). *Medical error* juga dapat terjadi akibat kekeliruan dalam mendiagnosis (*diagnosis error*) yang kemudian menyebabkan terjadinya kesalahan dalam menentukan terapi. Studi mengenai *medication error* di Indonesia belum banyak dilakukan, namun Dwiprahasto et al. dan Kristin et al. melaporkan bahwa 87,5 – 92,5% persepsian antibiotika untuk Infeksi Saluran Nafas Akut (ISPA) di pusat-pusat pelayanan kesehatan masyarakat tergolong tidak rasional (*medically inappropriate*). Angka yang lebih tinggi justru dilaporkan di praktik-praktik swasta (Dwiprahasto, 2001).

Salah satu upaya menjamin mutu pelayanan kesehatan adalah dengan konsep *clinical governance* yang diperkenalkan Departemen Kesehatan Inggris pada tahun 1998. Konsep ini dikembangkan setelah Inggris menghadapi berbagai kenyataan buruk yang terpaksa berakhir di pengadilan. Misalnya kasus dr Harold F. Shipman yang dituduh menyebabkan kematian 15 pasien wanita, antara lain akibat kesalahan operasi dimana justru ginjal sehat yang diambil. Konsep ini adalah kerangka kerja untuk menjamin agar seluruh organisasi dibawah *National Health Service* (Badan Pelayanan Kesehatan) Inggris memiliki mekanisme memadai untuk memantau dan meningkatkan mutu klinik. *Clinical Governance* harus dikembangkan sebagai kebutuhan bukan sebagai kewajiban

Masalah yang berhubungan dengan keputusan klinis dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling mempengaruhi, yaitu ketrampilan klinis, pengetahuan klinis, penguasaan terhadap pengetahuan yang baru, kewaspadaan klinik, tingkat kepedulian terhadap masalah mutu klinik. Selain itu sistem pengelolaan pelayanan kesehatan dan prosedur setiap pelayanan kesehatan secara terpadu juga dibutuhkan. Sistem yang terpadu dan komprehensif dibutuhkan agar pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dapat terjamin mutu pelayanannya (Dwiprahasto, 2001).

Koentjoro (2007) mengatakan bahwa perbaikan mutu pelayanan klinis pada tahun 2002 dilakukan sebagai strategi awal penerapan tata pengaturan klinis (*Clinical Governance*) dalam bentuk Sistem Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (SPMKK). Di samping harus memiliki tujuan yang jelas dan komprehensif, pelayanan kesehatan harus berfokus pada pelanggan. Pengalaman pasien dan masyarakat yang menjadi pelanggan pelayanan kesehatan harus mendapat perhatian utama sehingga kebutuhan, harapan, dan nilai pelanggan dapat dipenuhi oleh organisasi pelayanan kesehatan. Mekanisme untuk mengenal adanya kebutuhan, harapan, dan nilai pelanggan perlu ada dalam pengelolaan organisasi pelayanan kesehatan, demikian juga mekanisme untuk mengelola pengalaman pelanggan. Dengan demikian, organisasi pelayanan kesehatan akan mampu memberikan yang terbaik kepada pasien dan masyarakat.

Pengalaman pasien ini terwujud dalam tanggapan atau keluhan yang diberikan oleh pelanggan. Keluhan pelanggan muncul biasanya karena belum terwujudnya *Good Clinical Governance* termasuk didalamnya adalah komponen kegiatan *Clinical Performance* dan *Complaint Management* yang belum optimal. Fakhri (2009) mengatakan bahwa dalam studi di negara-negara maju yang dilakukan oleh Snyder dkk

menunjukkan bahwa 98% pasien menginginkan penjelasan secara jujur dari dokter yang merawatnya. Bahkan, menurut Wu (www.blogdokter.com, 2008), seorang pengacara terkenal mengatakan dalam karirnya selama lebih 25 tahun sebagai pengacara baik pendamping dokter maupun pasien, sebagian pasien yang tidak puas dan kemudian mengajukan tuntutan hukum bukan karena kealpaan dokter melainkan lebih karena sikap dokter yang tidak terbuka. 70% tuntutan hukum terhadap dokter di Amerika Serikat dikaitkan dengan komunikasi yang buruk, diawali dengan pasien yang merasa dikecewakan, dan tidak diberi penjelasan apa pun oleh dokternya. Dalam praktik juga terjadi terhadap dokter mempunyai pasien sangat banyak, sehingga kurang teliti dalam memeriksanya. Pasien seolah-olah merupakan suatu nomor saja dari sekian banyak nomor. Waktu pemeriksaan dan berfikir lebih jauh berkurang serta tidak ada waktu lagi untuk berfikir secara holistik, sehingga tidak mengherankan kalau terjadi *misdiagnosis* dan *mistreatment* yang pada akhirnya akan merugikan pasien.

Praktik kedokteran bukanlah suatu pekerjaan yang boleh dilakukan oleh siapa saja, melainkan hanya boleh dilakukan oleh kelompok profesionalisme yang memiliki kompetensi yang memenuhi standar tertentu, diberi kewenangan oleh institusi yang berwenang di bidang itu dan bekerja sesuai dengan etik, standar dan profesionalisme yang ditetapkan oleh profesinya (Sampurna, 2004). Dengan demikian, organisasi profesi harus dapat memastikan bahwa para anggotanya yang berpraktik adalah benar telah memiliki kompetensi dan kewenangan medis yang sesuai. Dan anggota organisasi melakukan praktiknya sesuai dengan standar dan etika profesinya. Oleh karena itu diberlakukan Undang-undang Praktik Kedokteran yang mengatur hal-hal yang harus

diatur dengan hukum karena sifatnya yang harus *executable* (dapat dilaksanakan) dan *accountable* (dapat dipertanggungjawabkan) (www.farmacia.com, 2004).

Undang-undang No 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran diundangkan untuk mengatur praktik kedokteran dengan tujuan agar dapat memberikan perlindungan kepada pasien, mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan medis dan memberikan kepastian hukum kepada masyarakat, dokter dan dokter gigi. Secara teoritis-konseptual, antara masyarakat profesi dengan masyarakat umum terjadi suatu kontrak (mengacu pada doktrin *social-contract*), yang memberi hak kepada masyarakat profesi untuk melakukan *self-regulating* (otonomi profesi) dengan kewajiban memberi jaminan bahwa profesionalisme yang berpraktek hanyalah professional yang kompeten dan yang melaksanakan praktek profesinya sesuai dengan etik dan standar (Sampurna, 2004). Dasar ini menjadi pertimbangan dalam keputusan Konsil Kedokteran Indonesia dalam menyusun Standar Kompetensi Dokter Indonesia. Kompetensi dokter layanan primer termuat dalam dokumen Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) pada tahun 2006 yang menjabarkan tentang 7 area kompetensi dokter, yaitu area komunikasi efektif; area keterampilan klinis; area landasan ilmiah kedokteran; area pengelolaan masalah kesehatan; area pengelolaan informasi; area mawas diri dan pengembangan diri; area etika, moral, medikolegal dan profesionalisme serta keselamatan pasien (www.blogdokter.com, 2008).

Clinical Governance harus dikembangkan sebagai kebutuhan, bukan kewajiban. Manfaat clinical governance selain untuk melindungi pasien dari tindakan medik yang bisa merugikan, juga untuk menjaga agar dokter dan petugas kesehatan bersikap profesional selalu mengembangkan ilmu dan kemampuan klinik serta punya perencanaan

kinerja memadai. Untuk itu dikembangkan berbagai prosedur standar serta ketentuan pelaksanaan upaya medik berbasis bukti ilmiah (*evidence-based medicine*). Rumah sakit harus memastikan bahwa para profesional medis yang berpraktik adalah orang yang berkualifikasi memadai, etis, patuh pada peraturan dan prosedur baku, serta catatan perilakunya memuaskan (Dwiprahasto, 2001).

Menurut Depkes (2000), *Quality Assurance (QA)* merupakan sistem manajemen yang mengangkat “kualitas” sebagai strategi pelayanan dan berorientasi pada kepuasan pelanggan dengan melibatkan seluruh anggota organisasi. *Quality Assurance* juga didefinisikan sebagai seluruh kegiatan terencana dan sistematis yang diimplementasikan di dalam sistem mutu (bila perlu didemonstrasikan) untuk memberikan suatu keyakinan yang memadai bahwa suatu produk akan memenuhi persyaratan mutu.

Rumah sakit yang berorientasi kepada pasien/pelanggan salah satunya dengan cara mendengarkan apa yang saat ini dibutuhkan pelanggan khususnya tanggapan atau respon terhadap pelayanan kesehatan yang telah diberikan oleh sebuah pelayanan kesehatan. Dalam pelayanan kesehatan, *responsiveness* atau daya tanggap adalah kemauan untuk membantu pengguna pelayanan kesehatan dan memberikan jasa pelayanan yang cepat dan bermakna serta kesediaan mendengar dan mengatasi keluhan (Wijayanti, 2008).

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong merupakan salah satu rumah sakit swasta dan juga merupakan salah satu amal usaha Muhammadiyah yang mempunyai struktur organisasi dengan tiga tungku jejeraan, yaitu direksi, pelaksana medik, dan pemilik. Sebagai rumah sakit swasta tentunya kualitas pelayanan yang bermutu dibutuhkan agar konsumen dapat terus bertahan bahkan meningkat. Di Rumah Sakit PKU

Muhammadiyah Gombong sendiri belum sepenuhnya menjalankan *good clinical governance* karena pelaksanaan sepuluh komponen *good clinical governance* yang masih minimal. Sebagai contohnya pelaksanaan manajemen keluhan yang belum ada bagian yang terpisah yang mengurus keluhan konsumen yang telah masuk dan belum aktifnya kegiatan Komite Medik termasuk Staf Medik Fungsional (SMF) dimana seharusnya mereka berperan aktif dalam upaya penerapan *Good Clinical Governance*.

Good clinical governance merupakan kerangka kerja yang akan menuntun pelayanan kesehatan menjadi bermutu sehingga dapat meningkatkan kepuasan pelanggan. Tetapi terkadang pihak rumah sakit hanya terfokus pada strategi-strategi manajemen saja sehingga melupakan peningkatan mutu klinik. Manajemen rumah sakit perlu membangun dan membentuk budaya organisasi khas rumah sakit yang berorientasi kepada kepentingan pasien. Membawa pengaruh baik terhadap kualitas kerja manajemen dan para klinisi. *Clinical governance* dapat dilihat sebagai perubahan seluruh sistem sehingga rumah sakit mampu mengantarkan pelayanan kesehatan dengan kualitas terjamin, berkesinambungan, terukur, dan berpusat pada pasien. Aspek-aspek itulah sebagai sarat fundamental keberhasilan pelayanan medik dokter di rumah sakit (www.kompas.co.id, 2006).

Berdasarkan hal di atas, keluhan pasti ada seberapa pun kecilnya baik disampaikan secara langsung maupun tidak langsung dan akan berdampak terhadap jumlah kunjungan dan citra Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong apabila tidak dikelola dengan baik. Penanganan segera terhadap keluhan atau *complain* juga merupakan salah satu strategi reaktif terhadap munculnya risiko yang lebih besar lagi sehingga diharapkan penerapan *good clinical governance* dapat maksimal. Untuk itu penulis tertarik untuk

melakukan penelitian terhadap pengelolaan keluhan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong.

B. Batasan Masalah Penelitian

Peneliti akan membatasi tentang keluhan pasien melalui analisa surat/dokumen keluhan pasien ke Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong terhadap *Clinical Governance* khususnya (era kompetensi komunikasi efektif, keterampilan klinis dan etika moral, medikolegal, profesionalisme serta keselamatan pasien) dari para dokter serta pengelolaan manajemen keluhan di RS melalui wawancara kepada para manajer dengan memakai instrument penilaian diri (*Self Assessment*) manajemen keluhan pasien.

C. Rumusan Masalah Penelitian

Berdasarkan uraian latar belakang di atas maka perumusan masalah yang mendasar dalam penelitian ini adalah :

1. Bagaimana keluhan pasien ditinjau dari area Kompetensi Dokter khususnya tiga area kompetensi, yaitu komunikasi yang efektif, keterampilan klinis serta etika moral, medikolegal, profesionalisme dan keselamatan pasien di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong?
2. Bagaimana manajemen keluhan pasien di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah

D. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengkaji kompetensi para dokter dan praktik manajemen keluhan pasien di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong.

E. Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini, yaitu untuk meningkatkan kompetensi dokter dan perbaikan manajemen pengelolaan keluhan pasien di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong dan rumah sakit lainnya.

F. Keaslian Penelitian

Belum pernah dilakukan penelitian tentang *self assessment* manajemen keluhan pasien di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gombong. Tetapi pernah dilakukan penelitian mengenai manajemen keluhan pasien, yaitu:

1. Ari Wijayanti (2008) melakukan penelitian tentang Strategi Pengelolaan Keluhan Pelanggan Rawat Jalan Puskesmas di Kota Palangka Raya Menurut Sudut Pandang *Clinical, Manajerial, dan Governance*. Kesamaannya: melihat mekanisme pengelolaan keluhan pelanggan, dan perbedaannya: (a) Yang bersangkutan menekankan strategi pengelolaan keluhan pelanggan menurut sudut pandang berbeda, yaitu *clinical*, manajerial dan pemerintah, (b) lokasi penelitian yang bersangkutan di puskesmas sedangkan penulis memilih lokasi di rumah sakit swasta.
2. Kurniawan (2007) melakukan penelitian terhadap Manajemen Keluhan Pelanggan di RSUD Kota Pangkal Pinang. kesamaannya: penanganan keluhan pelanggan di rumah