

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Tugas dan fungsi pelayanan kesehatan dalam pemahaman awal yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan itu adalah menghilangkan gejala penyakit. Pemahaman seperti itu sudah mulai ditinggalkan dan kini sudah mengarah pada pelayanan kesehatan sebagai bagian dan proses pendidikan serta pembelajaran hidup sehat kepada setiap anggota masyarakat. Disinilah perubahan kode-kode peran dan fungsi pelayanan kesehatan dilakukan. Artinya, seorang tenaga kesehatan dituntut untuk berkompeten dan memberikan pelayanan holistik dari mulai gejala, penyebab, sampai pada efek penyakit itu sendiri, sehingga seorang pasien dapat benar-benar memiliki mutu hidup yang berkualitas (Momon S, 2008).

Menurut Deming dalam *Out of the Crisis* pada tahun 1948-1949, Jepang berusaha untuk memulihkan diri dari kekalahan Perang Dunia II dan menemukan cara membangun kembali ekonominya. Beberapa insinyur Jepang mengamati bahwa perbaikan mutu hampir selalu menghasilkan peningkatan produktivitas. Demikian pula dapat diterapkan dalam perbaikan mutu dalam bidang kesehatan (Al-Assaf, 2009).

Indonesia telah menggunakan kebijakan kuat yang menangani mutu dan institusi layanan kesehatan dan baru saja menerapkan kebijakan tersebut melalui strategi yang dapat diterima pada berbagai tingkatan (IGP Wiadnyana *et al*, 2009).

Kebutuhan akan pelayanan yang baik dalam suatu sistem maka diperlukan suatu kebijakan yang mengikat, tegas, dan jelas. Pada dasarnya rumah sakit merupakan suatu organisasi yang kompleks, dengan adanya sumber kekuasaan dan otonomi misalnya pemerintah dalam menyangkut kepentingan masyarakat yang azasi, maka pemerintah mengendalikan secara cukup besar (Boys S, 2007).

Ilmu kedokteran bergantung banyak faktor, misalnya pada penatalaksanaannya, cara pemeriksaan, kecermatan serta ketelitian seorang

dokternya dan bergantung juga pada pasiennya misalnya tingkat penyakitnya, daya tahan tubuh, usia, kemauan keras untuk sembuh, komplikasi penyakit dan faktor lainnya. Kadang-kadang seorang dokter mempunyai pasien sangat banyak, sehingga menjadi kurang teliti dalam pemeriksaan. Pasien seolah-olah merupakan suatu nomor saja dari sekian banyak nomor. Waktu untuk pemeriksaan dan berpikir lebih jauh berkurang. Tidak lagi ada waktu untuk memikirkan secara holistik. Ini dapat menyebabkan terjadinya “*misdiagnosis*” (J.Guwandi, 2006).

Konsep *Clinical Governance* ini adalah kerangka kerja untuk menjamin agar seluruh organisasi di bawah *National Health Service (Badan Pelayanan Kesehatan)* memiliki mekanisme memadai untuk memantau dan meningkatkan mutu klinik, tujuan untuk menjaga agar pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan tinggi, dan dilakukan di lingkungan kerja dengan tingkat profesionalisme tinggi. Konsep ini kemudian diadopsi sebagai salah satu strategi penjamin mutu pelayanan kesehatan (Dody F, 2001).

Salah satu elemen penting dalam *clinical governance* ini adalah kompetensi dari seorang dokter yang berpraktik. Persoalan akan timbul bila yang bersangkutan akan dinilai untuk re-sertifikasi kompetensi, karena belum seluruh profesi di tanah air mempunyai standar profesi dan standar pelayanan mediknya masing masing (Dody F, 2007).

Lemahnya pembinaan praktik dokter di Indonesia baik dari pemerintah, organisasi profesi, maupun komite medik di tingkat rumah sakit akan sangat memberikan peluang bagi para dokter untuk melakukan praktik yang tidak sesuai standar kompetensi (Cahyono, 2008).

Profesor Liam Donaldson melakukan penelitian deskriptif problem disiplin yang melibatkan para dokter sebagai staf medik. Tercatat 49 staf medik yang melanggar profesi; bersikap dan berperilaku buruk (32 dokter), kurang berkomitmen terhadap kewajiban klinis (21 dokter), memiliki masalah dalam hal kompetensi (19 dokter), tidak jujur (11 dokter) (Cahyono, 2008).

Sikap profesional sangatlah penting karena seorang pasien tidak selalu mengenal jati diri dokter menyerahkan diri sepenuhnya kepada dokter yang merawatnya (Cahyono, 2008).

Masyarakat sebagai *provider* tidak ingin dilayani oleh *poor doctor* (memiliki maksud dan tujuan baik tetapi tidak didukung dengan pengetahuan atau keterampilan yang memadai) atau *bad doctor* (mungkin memiliki pengetahuan dan keterampilan yang baik tetapi tidak berperilaku/bermoral baik, atau malahan kriminal) (Cahyono, 2008).

Rumah sakit juga sangat berperan dalam pelayanan kesehatan dilihat dari salah satu tanggung jawab rumah sakit profesional terhadap mutu pengobatan/perawatan (*duty of due care*). Hal ini berarti bahwa pemberian pelayanan kesehatan terhadap tingkat sakitnya, baik oleh dokter maupun oleh perawat dan tenaga kesehatan lainnya harus berdasarkan ukuran standar profesi. Dengan demikian maka secara yuridis rumah sakit bertanggung jawab apabila ada pemberian pelayanan “*cure and care*” yang tidak lazim atau di bawah standar (J.Guwandi, 2005).

Dalam penelitian ini yang menjadi objek penelitian adalah Provinsi Kalimantan Barat. Tidak adanya Peraturan Daerah Provinsi Kalimantan Barat yang mengatur tentang Standar Pelayanan Minimal Provinsi Kalimantan Barat, yang bersandar pada Undang-Undang Praktik Kedokteran No 29 tahun 2004 dan hanya mengacu pada Permenkes No. 741/Menkes/PER/VII/Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Dilihat dari Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat tampaknya masih ada indikator-indikator yang belum mencapai target standar nasional. Belum maksimumnya sistem *clinical governance* yang membuat tingkat pelayanan kesehatan masih di bawah standar nasional, memungkinkan terjadi kasus-kasus malpraktik yang disebabkan karena kelalaian dokter. Ini menjadi penting karena dalam menjalankan sistem *clinical governance*, standar profesi medik yang berkompeten menjadi salah satu faktor penting.

1.2 Identifikasi Masalah

Dari latar belakang, penulis ingin mengetahui tentang :

1. Bagaimana pelaksanaan tentang *Clinical Governance* ditinjau dari *stake holder* dan *provider* Provinsi Kalimantan Barat.
2. Bagaimana hambatan tentang *Clinical Governance* ditinjau dari *stake holder* dan *provider* Provinsi Kalimantan Barat.
3. Bagaimana harapan tentang *Clinical Governance* ditinjau dari *stake holder* dan *provider* Provinsi Kalimantan Barat.

1.3 Maksud dan Tujuan

1.3.1 Maksud Penelitian

Maksud penelitian ini adalah untuk meninjau sistem layanan kesehatan dan peran Komisi D DPRD Provinsi Kalimantan Barat dan Komite Medik RSUD Dokter Soedraso kota Pontianak terhadap *clinical governance* yang dihubungkan dengan Undang-Undang Praktik Kedokteran.

1.3.2 Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pelaksanaan, hambatan dan harapan *clinical governance* melalui *stake holder* dan *provider* Provinsi Kalimantan Barat.

1.4 Manfaat Karya Tulis Ilmiah

1. Bagi masyarakat umum, karya tulis ilmiah ini dapat mengetahui kebijakan pemerintah dalam meningkatkan layanan kesehatan.
2. Mengkaji sejauh mana implementasi *clinical governance* pelayanan kesehatan Provinsi Kalimantan Barat pada RSUD Dokter Soedarso kota Pontianak.

3. Bagi peneliti, karya tulis ilmiah ini dapat menjadi alat dalam menunjang pelayanan kesehatan dan mengaplikasikan Ilmu Kesehatan Masyarakat yang didapat selama perkuliahan.

1.5 Landasan Teori

Secara sederhana *Clinical Governance* adalah suatu cara (sistem) upaya menjamin dan meningkatkan mutu pelayanan secara sistematis dalam satu organisasi penyelenggara pelayanan kesehatan (rumah sakit) yang efisien (Dody F,2001).

Secara ringkas kita dapat memadukan konsep *Clinical Governance* dengan kondisi struktur perumahsakit di tanah air pada saat ini dalam penerapan Undang Undang Praktik Kedokteran dalam suatu model integrasi yang mengedepankan mutu pelayanan dalam bentuk keamanan dan keselamatan pasien (*patients safety*). Adapun kebijakan yang dibuat pemerintah dalam meningkatkan pelayanan kesehatan yang tertuang dalam Peraturan Daerah, Standar Pelayanan Minimal (SPM) menjadi tolak ukur dalam membuat kebijakan rumah sakit.

Sesuai dengan kewenangan Komite Medik di rumah sakit, agak sulit untuk menilai kepastian kompetensi seorang profesi terutama untuk profesi yang banyak mengandalkan keterampilan dan tergantung kepada fasilitas peralatan medik. Bila sarana/fasilitas peralatan rumah sakit tersebut tidak atau kurang memadai untuk menunjang kinerja profesi, maka selain ketrampilan klinis profesi itu sendiri akan berkurang bahkan hilang dan bila tetap dipaksakan dengan fasilitas yang tidak sesuai dan memadai, maka secara langsung akan meningkatkan risiko ketidakamanan pasien (*insecure of patients safety*) di rumah sakit.

1.6 Metodologi

- 1.6.1 Metode Penelitian : Kualitatif
- 1.6.2 Rancangan Penelitian : *Grounded research*
- 1.6.3 Teknik pengambilan data : Primer – *In Depth Interview*
Sekunder – Observasi langsung Data Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat
- 1.6.4 Metode pengambilan sampel : *Purposive sampling* dengan pendekatan *extreme case sampling*
- 1.6.5 Instrumen Penelitian : Pedoman wawancara mendalam, *Tape recorder*
- 1.6.6 Informan : Ketua Komisi D DPRD Provinsi Kalimantan Barat
Anggota Komisi D DPRD Provinsi Kalimantan Barat
Ketua Komite Medik RSUD Dokter Soedarso kota Pontianak
Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Barat
- 1.6.7 Teknik Analisis Data : *Thematical Analysis* dengan Kuotasi Metafora dengan penyajian data.

1.7 Lokasi dan Waktu Penelitian

1.7.1 Lokasi penelitian : Gedung DPRD Provinsi Kalimantan Barat, RSUD
Dokter Soedarso kota Pontianak, Dinas Kesehatan
Provinsi Kalimantan Barat, dan Fakultas
Kedokteran Universitas Kristen Maranatha

1.7.2 Waktu penelitian : Bulan Desember 2011 - Oktober 2012