

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Di zaman yang semakin berkembang, tantangan terhadap pelayanan kesehatan ini mengisyaratkan bahwa mekanisme pasar didominasi oleh organisasi kesehatan yang mampu memberikan kualitas pelayanan yang unggul (Djojosingito, 2001). Ketatnya persaingan antar rumah sakit menuntut rumah sakit untuk melakukan perbaikan mutu yang bertujuan agar rumah sakit tidak kehilangan pelanggannya dan memiliki keunikan dalam hal pemberian pelayanan pada pelanggan. Mutu pelayanan dapat diukur dengan membandingkan persepsi antara pelayanan yang diharapkan dengan pelayanan yang diterima dan dirasakan oleh konsumen (Kurtin & Stucky, 2013). Selain itu, mutu layanan kesehatan dapat diketahui dari kesesuaian layanan dengan standar pelayanan medis dan pedoman pedoman pelayanan

yang disepakati oleh sesuai kode etik profesi (Praptiwi, 2009).

Filosofi dari manajemen mutu menyebutkan bahwa cara paling efektif dalam meningkatkan mutu adalah dengan mengurangi variasi (Cheach, 2000), namun variasi dalam tindakan medis untuk kondisi klinis yang sama dipengaruhi oleh banyak hal, adanya perubahan kondisi klinis, kompleksitas masalah klinis, perbedaan sumber daya institusi, dan kemampuan pasien merupakan penyebab munculnya variasi medis. Indikator mutu layanan kesehatan antara lain adalah kepuasan pelanggan, keselamatan pasien, indikator lama perawatan, waktu remisi rata-rata, tingkat kekambuhan, dan efektivitas pelayanan (Rogers, 2011). Selain itu, mutu layanan kesehatan dapat diketahui dengan cara mengukur kesesuaian layanan dengan *clinical pathway* yang sudah disepakati (Depkes, 2005; King, 2004). *Clinical pathway* dikenal sebagai salah satu upaya atau instrument yang dapat digunakan untuk meningkatkan mutu pelayanan dengan mencegah adanya variasi pelayanan yang tidak perlu,

meningkatkan komunikasi antar disiplin ilmu, dan menyediakan standar pelayanan kesehatan yang jelas. Namun demikian pengembangan dan penerapan *clinical pathway* bukan hal yang mudah dilakukan bahkan meski hanya untuk satu jenis pelayanan saja (Devitra, 2011; Ransom *et al*, 1998).

Di Indonesia penerapan *clinical pathway* terkait penerapan INA-DRG yang merupakan versi Departemen Kesehatan Republik Indonesia untuk *Diagnostic Related Group (DRG's Casemix)* yaitu sistem pembiayaan berdasarkan pendekatan sistem casemix, dimana diharapkan akan muncul efisiensi dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit (Adisasmito, 2008). Maka, pada tahun 2010 telah dilakukan pertemuan konsolidasi kelompok kerja *clinical pathway* dalam pelaksanaan INA-DRG pada 15 rumah sakit vertikal Depkes sebagai *Pilot Project* di Indonesia (Depkes, 2010).

Berdasarkan hasil sejumlah studi terkait manfaat *clinical pathway*, antara lain seperti konsistensi praktek lebih besar, kontinuitas peningkatan pelayanan, pemantauan

standar perawatan, dokumentasi yang baik, pelaksanaan *evidence-based best practice*, meningkatkan kerjasama tim, mengurangi duplikasi, perbaikan manajemen resiko, dan pemberian perawatan berfokus pada pasien (Yasman, 2012). Selain itu, *clinical pathway* dapat mendukung infrastruktur kesehatan dengan menyediakan informasi yang relevan, akurat, dan tepat waktu yang diperlukan untuk memenuhi pemantauan strategis pelayanan pasien dan outcome (Yasman, 2012).

*Clinical pathway* menjadi perkembangan yang populer saat ini termasuk di Indonesia. Agar *clinical pathway* yang digunakan efektif maka perlu pengawasan yang ketat dalam perkembangannya. Karenanya ada potensi variabilitas dalam isi dan kualitas *clinical pathway* yang sedang dikembangkan. Variabilitas tersebut dapat mempengaruhi dampak dan manfaat dari *clinical pathway* itu sendiri terhadap kualitas pelayanan. Hal tersebut di atas juga didukung oleh penelitian yang menunjukkan bahwa *clinical pathway* memberikan manfaat bermakna mengenai kriteria

seragam klinis pengambilan keputusan pada tingkat yang berbeda dari perawatan pasien hipertensi (Marica *et al*, 2012).

Hipertensi dapat menyebabkan berbagai macam komplikasi penyakit. *World Health Organization* (WHO, 2015) menetapkan hipertensi sebagai faktor risiko nomor tiga penyebab kematian di dunia. Hipertensi juga merupakan faktor pemicu utama stroke, serangan jantung, gagal jantung dan gagal ginjal. Menurut Wahdah (2011) dalam laporan *American Heart Association* (AHA), sebanyak 77% dari penderita stroke, 69% dari penderita serangan jantung, dan 74% dari penderita gagal jantung mengidap hipertensi. Lebih lanjut, AHA menyatakan bahwa hipertensi merupakan penyebab kedua tertinggi terjadinya gagal ginjal (AHA, 2012).

Data *American Heart Association* (2013) menunjukkan sebanyak 77.9 juta atau 1 dari 3 orang dewasa di Amerika Serikat menderita hipertensi. Penderita hipertensi di Amerika Serikat diperkirakan sekitar 77,9 juta. Prevalensi hipertensi pada tahun 2030 diperkirakan meningkat sebanyak

7,2% dari estimasi tahun 2010. Data tahun 2007-2010 menunjukkan bahwa sebanyak 81,5% penderita hipertensi menyadari bahwa mereka menderita hipertensi, 74,9% menerima pengobatan dengan 52,5% pasien yang tekanan darahnya terkontrol (tekanan darah sistolik <140 mmHg dan diastolik <90 mmHg) dan 47,5% pasien yang tekanan darahnya tidak terkontrol. Persentase pria yang menderita hipertensi lebih tinggi dibanding wanita hingga usia 45 tahun dan sejak usia 45-64 tahun persentasenya sama, kemudian mulai dari 64 tahun ke atas, persentase wanita yang menderita hipertensi lebih tinggi dari pria (Go *et al*, 2014).

Menurut laporan pertemuan WHO di Jenewa tahun 2011 didapatkan prevalensi penyakit hipertensi 15-37% dari populasi penduduk dewasa di dunia. Setengah dari populasi penduduk dunia yang berusia lebih dari 60 tahun menderita hipertensi. Angka *Proportional Mortality Rate* akibat hipertensi di seluruh dunia adalah 13% atau sekitar 7,1 juta kematian (AHA, 2012). Sesuai dengan data WHO bulan September 2011, disebutkan bahwa hipertensi menyebabkan

8 juta kematian per tahun di seluruh dunia dan 1,5 juta kematian per tahun di wilayah Asia Tenggara (WHO, 2012). Selain itu pada tahun 2011, WHO mencatat bahwa dua per tiga dari penduduk dunia yang menderita hipertensi diantaranya berada di Negara berkembang yang berpenghasilan rendah dan sedang. Indonesia berada dalam deretan 10 negara dengan prevalensi hipertensi tertinggi di dunia, bersama Myanmar, India, Srilanka, Bhutan, Thailand, Nepal, dan Maldives.

Prevalensi hipertensi di Indonesia sebesar 26,5% pada tahun 2013, tetapi yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan dan/atau riwayat minum obat hanya sebesar 9,5%. Hal ini menandakan bahwa sebagian besar kasus krisis hipertensi di masyarakat belum terdiagnosis dan terjangkau pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2013). Profil data kesehatan Indonesia tahun 2011 menyebutkan bahwa hipertensi merupakan salah satu dari 10 penyakit dengan kasus rawat inap terbanyak di rumah sakit pada tahun 2010, dengan

proporsi kasus 42,38% pria dan 57,62% wanita, serta 4,8% pasien meninggal dunia (Kemenkes RI, 2012).

Hipertensi dan penyakit kardiovaskular lainnya pada rumah sakit di Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan penyebab kematian tertinggi (Dinkes DIY, 2013). Hasil riset kesehatan dasar tahun 2013 menempatkan D.I Yogyakarta sebagai urutan ketiga jumlah kasus krisis hipertensi di Indonesia berdasarkan diagnosis dan/atau riwayat minum obat. Hal ini mengalami kenaikan jika dibandingkan dari hasil riset kesehatan dasar pada tahun 2007, dimana D.I Yogyakarta menempati urutan kesepuluh dalam jumlah kasus hipertensi berdasarkan diagnosis dan/atau riwayat minum obat (Kemenkes RI, 2013).

Seiring dengan peningkatan kasus hipertensi dan komplikasi yang dapat terjadi jika hipertensi tidak ditangani dengan tepat, maka penggunaan obat yang rasional pada pasien hipertensi merupakan salah satu elemen penting dalam tercapainya kualitas kesehatan serta perawatan medis bagi pasien sesuai standar yang diharapkan. Penggunaan obat



secara tidak rasional dapat menyebabkan timbulnya reaksi obat yang tidak diinginkan, memperparah penyakit, hingga kematian. Selain itu biaya yang dikeluarkan menjadi sangat tinggi (WHO, 2004).

RS PKU Muhammadiyah Bantul adalah salah satu rumah sakit yang berada dalam wilayah Kabupaten Bantul yang juga merupakan rujukan bagi penduduk setempat dari semua strata, baik dari kalangan bawah maupun kalangan berpunya. Hampir seluruh masalah kesehatan yang di alami masyarakat telah dapat ditangani di rumah sakit ini. Di RS PKU Muhammadiyah Bantul menunjukkan bahwa adanya peningkatan jumlah kasus hipertensi pada tahun 2015 dibanding dengan tahun 2014. Pada tahun 2015, hipertensi merupakan salah satu dari 10 penyakit penyebab rawat inap terbesar di RS PKU Muhammadiyah Bantul dan menempati urutan ketiga penyebab rawat inap pada penyakit tidak menular. Hal ini berbeda dari tahun 2014, dimana hipertensi tidak termasuk dalam 10 penyakit penyebab rawat inap terbesar di rumah sakit tersebut (RS PKU Muhammadiyah

Bantul, 2015). Diketahui jumlah kejadian hipertensi pada tahun 2015 sebanyak 201 kasus dan meningkat menjadi 213 kasus per 1 Desember 2016 (Profil RS PKU Muhammadiyah Bantul, 2016).

RS PKU Muhammadiyah Bantul telah menerapkan *clinical pathway* sejak tahun 2014. Jumlah *clinical pathway* yang ada yaitu sebanyak 15 daftar penyakit yang salah satunya yaitu krisis hipertensi. Berdasarkan hasil wawancara yang telah dilakukan diperoleh bahwa *clinical pathway* yang diterapkan di rumah sakit belum berjalan dengan baik. Padahal diketahui bahwa krisis hipertensi merupakan kasus kegawatdarutan yang membutuhkan penanganan lebih cepat sedangkan angka kejadian dari krisis hipertensi terus meningkat.

Dampak yang diharapkan dari *clinical pathway* ini adalah kontribusi untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan baik di negara maju maupun negara berkembang. *Clinical pathway* dirancang untuk diterapkan dalam sistem perawatan kesehatan yang kompleks, di mana dokter yang

berbeda dan penyedia layanan kesehatan pada tingkat yang berbeda serta perawatan yang harus berinteraksi terus menerus dan secara terkoordinasi untuk memberikan perawatan kepada semua pasien hipertensi. Meskipun *clinical pathway* dikembangkan menggunakan kriteria berbasis bukti, mereka bisa memerlukan evaluasi yang cermat dan renovasi sesuai dengan tuntutan masing-masing sistem. Selain itu, *clinical pathway* perlu diuji dalam skala, *study multi-level* untuk benar-benar memeriksa dan mengevaluasi efikasi dan efektivitas mereka .

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas dapat dirumuskan masalah, “Bagaimana implementasi *clinical pathway* pada kasus krisis hipertensi di instalasi rawat inap RS PKU Muhammadiyah Bantul?”

## C. Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan *clinical pathway* pada kasus krisis hipertensi di instalasi rawat inap RS PKU Muhammadiyah Bantul.

### 2. Tujuan khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah sebagai berikut.

- a. Mengevaluasi aspek *input* yang meliputi format *clinical pathway*, peran dari rumah sakit dalam pelaksanaan *clinical pathway*, sarana dan prasarana serta sumber daya manusia yang terkait dalam pelaksanaan *clinical pathway* di instalasi rawat inap bagian penyakit dalam RS PKU Muhammadiyah Bantul.
- b. Mengevaluasi aspek proses yang meliputi dokumentasi, pengembangan, penerapan dan *maintenance clinical pathway* pada kasus krisis hipertensi di instalasi rawat inap bagian penyakit dalam RS PKU Muhammadiyah Bantul.

- c. Mengevaluasi aspek *output* yang meliputi kepatuhan implementasi *clinical pathway* pada kasus krisis hipertensi di instalasi rawat inap bagian penyakit dalam RS PKU Muhammadiyah Bantul.
- d. Mengetahui masalah dan hambatan implementasi *clinical pathway* pada kasus krisis hipertensi di RS PKU Muhammadiyah Bantul.
- e. Menyusun rekomendasi guna peningkatan atau perbaikan implementasi *clinical pathway* pada kasus krisis hipertensi di RS PKU Muhammadiyah Bantul.

#### **D. Manfaat Penelitian**

- 1. Aspek Teoritis
  - a. Dapat memberikan sumbangan ilmu pengetahuan tentang upaya kendali mutu dan kendali biaya melalui implementasi *clinical pathway*.
  - b. Menambah referensi terkait evaluasi dan upaya peningkatan implementasi *clinical pathway* di rumah sakit.

## 2. Aspek Praktis

- a. Manfaat bagi Magister Manajemen Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Bantul

Penelitian ini diharapkan dapat menambah referensi dalam bidang *clinical pathway* khususnya terkait implementasi *clinical pathway*.

- b. Manfaat bagi RS PKU Muhammadiyah Bantul.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan serta evaluasi tim multidisiplin *clinical pathway* di RS PKU Muhammadiyah Bantul.

- c. Manfaat bagi para staf RS PKU Muhammadiyah Bantul

Penelitian ini dapat menjadi bahan evaluasi bagi para staf baik tenaga medis maupun non medis untuk upaya peningkatan mutu di RS PKU Muhammadiyah Bantul.

- d. Manfaat bagi peneliti.

Menambah pengetahuan mengenai implementasi *clinical pathway* pada kasus krisis hipertensi di RS PKU Muhammadiyah Bantul dan peneliti dapat

menerapkan ilmu ataupun teori pada waktu masa perkuliahan yang digunakan untuk penelitian ini.

e. Manfaat bagi peneliti lain

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sumber informasi guna pengembangan penelitian sejenis secara berkelanjutan tentang implementasi *clinical pathway* di RS PKU Muhammadiyah Bantul.