

Pasien dan Masyarakat sebagai Mitra Menuju Rumah Sakit Berstandar Internasional

Bagian III dari IV Artikel: Melibatkan Pasien-Masyarakat di Tingkat Pasien dan Mikro Sistem

Prof. dr. Adi Utarini, MSc, MPH, PhD¹

Tingkat Pasien dan Masyarakat

Pada tingkat pengalaman pasien-masyarakat, pasien selalu berharap akan memperoleh pengalaman yang positif setiap kali berkunjung ke rumah sakit, terlepas dari kondisi masalah kesehatannya. Definisi pengalaman pasien yang positif adalah: menerima pengobatan yang tepat secara nyaman, penuh kepedulian (*caring*) dalam lingkungan yang aman, yang diberikan dengan sikap yang tenang namun meyakinkan; memiliki informasi yang diperlukan untuk menentukan pilihan, merasa percaya diri dan dapat memegang kendali (*in control*); diajak berbicara dan didengarkan secara setara; dan ditangani dengan ketulusan, dihormati, dan diperhatikan harga dirinya (*honesty, respect and dignity*) (NHS, 2009).

Pembelajaran mengenai pemberdayaan pasien sebagai paradigma baru yang dapat meningkatkan keluaran klinis dan menurunkan biaya pengobatan banyak dipetik dari penatalaksanaan penyakit-penyakit kronis. Seperti diketahui, *Non-Communicable Diseases* (NCD) merupakan penyebab kematian terbesar di dunia. Dari 57 juta kematian pada tahun 2008, 63% (36 juta kematian) disebabkan oleh NCD, terutama oleh karena penyakit kardiovaskuler (17 juta kematian), kanker (7,6 juta kematian), penyakit paru kronis (4,2 juta kematian) dan diabetes (1,3 juta kematian). Sekitar seperempat dari jumlah kematian akibat NCD di dunia terjadi pada usia sebelum 60 tahun dan 80% kematian akibat NCD justru terdapat di negara-negara berpendapatan rendah-menengah. Kematian akibat NCD diproyeksikan meningkat 15% secara global antara tahun 2010 dan 2020, hingga mencapai 44 juta kematian. Akan tetapi negara-negara yang diperkirakan mempunyai jumlah angka kematian tertinggi pada tahun 2020 adalah Asia Tenggara, dengan 10,4 juta kematian (WHO, 2010).

Model pelayanan penyakit kronis (*the Chronic Care Model*) telah bergeser dari ketergantungan pasien dengan rumah sakit ke arah adaptasi kehidupan sehari-hari pasien. Hal ini mempunyai konsekuensi bahwa pasien harus berperan aktif dan penanganan penyakitnya, mulai dari melakukan perubahan *lifestyle*, menggunakan teknologi medis sederhana (misalnya *self-monitoring blood glucose* pada pasien diabetes) dan menyesuaikan terapi dari hasil diskusi dengan dokter atau perawat (Chatzimarkakis, 2010). Dampak partisipasi pasien telah dibuktikan berpengaruh terhadap keluaran klinis dan penurunan biaya pengobatan penyakit-penyakit kronis.

Pioner dalam melakukan pengukuran pengalaman pasien adalah survey dan insiatif yang dilakukan oleh Picker Institute di berbagai negara. Pengukuran pengalaman pasien berbeda dengan kepuasan pasien. Pengukuran kepuasan memfokuskan pada kepuasan atas pengalamannya di rumah sakit. Sebagai contoh, pasien mungkin merasa menunggu lama di kamar operasi, akan tetapi dianggap memuaskan oleh karena operasi berhasil dengan baik.

¹ Guru Besar Bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat, FK-UGM. Narasumber dan Konsultan pada Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK-UGM

Sedangkan pengukuran pengalaman pasien mengukur pengalaman nyata akan hal-hal yang dianggap penting oleh pasien selama di rumah sakit. Hasil pengukuran pengalaman pasien dapat berbeda dengan hasil survei kepuasan pasien. Sebagai contoh, apabila pasien ditanya "Bagaimana kepuasannya selama dirawat di rumah sakit", maka berbagai studi kepuasan pasien menunjukkan bahwa sebagian besar pasien akan menjawab puas atau sangat puas. Akan tetapi, apabila pasien ditanya pengalamannya dalam hal menerima informasi dengan pertanyaan "Apakah petugas kesehatan memberikan informasi yang berbeda?", maka proporsi pasien yang memberi jawaban 'tidak' akan lebih rendah daripada tingkat kepuasan pasien secara umum. Hasil penelitian di salah satu rumah sakit di Aceh menunjukkan bahwa meskipun 96,4% pasien rawat inap menyatakan puas terhadap pelayanan rumah sakit, hanya 47% pasien rawat inap yang menjawab tidak pernah mendapat informasi yang berbeda dan 23% menyatakan selalu ditangani dengan penuh respek dan dihargai (Zurijah, 2012).

Selain pengukuran pengalaman pasien, itu, pasien-keluarga dapat pula terlibat dalam proses mengumpulkan informasi mengenai persepsi pasien-keluarga, memaknai hasil surveinya serta lebih lanjut merencanakan respons berupa tindakan.

Tingkat sistem mikro pelayanan

Tingkat sistem mikro pelayanan merupakan kunci keberhasilan bisnis perumahsakitannya. Pada tingkatan ini, terjadi interaksi langsung antara pasien dengan penyedia pelayanan kesehatan (dokter dan tim profesi kesehatan, yang untuk selanjutnya disebut klinisi). Seluruh harapan-harapan pasien bahwa penyakitnya dapat segera ditemukan dan disembuhkan juga sangat bergantung pada interaksi di tingkat ini. Tergantung masalah kesehatan yang dialami pasien (dan cara pembayaran pasien), pasien dapat mengalami serangkaian pelayanan yang diberikan oleh beberapa atau banyak unit-unit pelayanan. Rangkaian ini sangat kompleks dan merupakan suatu rantai yang tidak dapat dipisahkan. Keterlambatan atau kesalahan pada satu rantai akan berakibat pada rantai selanjutnya.

Keterlibatan pasien-masyarakat pada tingkatan ini dapat dilakukan dalam berbagai bentuk, yaitu keterlibatan yang bertujuan untuk kepentingan individual pasien (yaitu diagnosis dan pengobatan) dan kepentingan pengembangan pelayanan. Sebuah *systematic review* yang menelaah publikasi pada tahun 1966-2000 menunjukkan bahwa Bentuk keterlibatan pasien yang dominan adalah pada tingkat individual, yaitu dengan membuat berbagai sumber informasi untuk edukasi pasien dalam proses diagnosis dan pengobatan penyakitnya (Crawford *et al.*, 2002). Pengetahuan dan pemahaman pasien dapat ditingkatkan, sehingga pengambilan keputusan bersama dan penanganan mandiri (*self-management*) merupakan pendekatan yang saling bermanfaat apabila diterapkan secara konsisten, terutama pada penyakit kronis. Meskipun demikian, materi edukasi pada pasien, alat bantu mengambil keputusan, rencana tindakan untuk penanganan mandiri, dan teknologi lain yang digunakan untuk melibatkan pasien akan sangat efektif apabila merupakan suplemen (bukan menggantikan) interaksi antara pasien dengan profesi kesehatan (Coulter and Ellins, 2004).

Semakin pasien dilibatkan, maka akan semakin dibutuhkan pula dukungan dari klinisi. Klinisi perlu meningkatkan kompetensi dalam memberikan pelayanan yang berfokus pada pasien, terutama dalam hal mengikis ekspektasi yang keliru (*under* ataupun *overestimate*) dan keterampilan komunikasi. Sebagai ilustrasi, Anderson dan Funnel (2010) menunjukkan perbedaan persepsi klinisi dalam hal partisipasi pasien pada pasien diabetes:

- Ada pasien yang berdaya, tidak berdaya dan tidak dapat diberdayakan karena usia, pendidikan dan budaya (*underestimate*)
- Kapan memberdayakan pasien? Untuk pasien tertentu saja, dan bukan pasien baru (*underestimate*)
- Saya membiarkan pasien saya makan apa saja dan mengatur dosis insulinnya sendiri (*overestimate*)
- Pasien lah yang bertanggung jawab sepenuhnya terhadap keluaran dan kesehatannya sendiri (*overestimate*)
- Ketika telah dikomunikasikan, maka pengetahuan mengenai penanganan diabetes mandiri telah dipahami dan selalu diingat oleh pasien (*overestimate*)

Pada tingkat pengembangan pelayanan, partisipasi pasien-masyarakat dapat meningkatkan akses pelayanan (misalnya dengan menyederhanakan prosedur perjanjian, memperpanjang jam buka, meningkatkan fasilitasi transport, dan meningkatkan akses bagi pasien yang difabel). Dengan berbagai bentuk keterlibatan pasien tersebut, terdapat perubahan sikap organisasi dalam melibatkan pasien dan respons positif dari pasien yang terlibat dalam berbagai kegiatan tersebut (Crawford *et al.*, 2002).

Strategi lain untuk melibatkan pasien-masyarakat di tingkat mikro adalah melalui tata pamong klinis (*clinical governance*). Praktek internasional yang dilakukan adalah melibatkan pasien-masyarakat dalam pengembangan pedoman pelayanan klinis (*clinical practice guideline*). Berbagai studi menyarankan agar pasien terlibat secara aktif dengan asumsi bahwa keterlibatan pasien dapat membuat pedoman tersebut lebih berfokus pada kebutuhan pasien. Meskipun pasien-keluarga mengalami berbagai kesulitan dalam mengikuti proses penyusunan pedoman klinis (Bovenkamp van de & Trappenburg, 2009), akan tetapi hal ini merupakan salah satu aspek yang digunakan dalam evaluasi pedoman klinis. AGREE (*Appraisal of Guideline Research and Evaluation*) menggunakan 6 domain mutu untuk evaluasi tersebut, salah satunya adalah keterlibatan pihak pemangku kepentingan (*stakeholder*). Dalam domain tersebut, salah satu item menyatakan bahwa pendapat dan preferensi pasien harus diidentifikasi atau diakomodasi dalam pedoman klinis yang bermutu (The AGREE Collaboration, 2003). Demikian pula pada pedoman mengenai komposisi tim penyusun dan proses konsultasi dalam pengembangan pedoman klinis, Freithem *et al.*, (2006) menyatakan bahwa pengguna (pasien) merupakan kelompok pemangku kepentingan yang harus terwakili dalam tim penyusun pedoman klinis. Pertanyaannya adalah bagaimana teknisnya?

Telaah literatur oleh Bovenkamp dan Trappenburg (2009) menghasilkan bahwa bentuk partisipasi pasien dapat berupa keterlibatan pasien atau organisasi yang mewakili pasien dalam komite atau kelompok pengembangan pedoman klinis, survey preferensi pasien yang dilakukan oleh tim penyusun pedoman klinis (partisipasi pasif), tim penyusun melakukan diskusi kelompok terarah dengan pasien (partisipasi pasif), memberikan umpan balik terhadap draft pedoman klinis, menghadiri lokakarya yang diselenggarakan dalam proses penyusunan pedoman klinis, serta ketersediaan pedoman klinis yang dapat diakses oleh pasien-masyarakat dan terdapat versi pedoman klinis yang dapat dimengerti oleh pasien-masyarakat.

Panduan rinci dalam bentuk partisipasi pasien dalam setiap proses penyusunan pedoman klinis disusun oleh National Institute for Health and Clinical Excellence (2006). Proses penyusunan pedoman klinis terbagi menjadi 2 tahapan utama, yaitu penetapan ruang lingkup pedoman klinis dan pengembangan-konsultasi. Pada setiap proses, panduan

tersebut merinci deskripsi mengenai peran pasien, baik dalam bentuk partisipasi individual pasien-keluarga, partisipasi organisasi yang mewakili pasien-keluarga, atau kombinasi keduanya. Kontribusi yang diharapkan dari pasien-keluarga pun dideskripsikan secara lengkap. Sebagai ilustrasi, pada tahap penetapan ruang lingkup pedoman klinis, individu atau organisasi yang mewakili pasien-keluarga dapat berperan untuk memberikan masukan terhadap draft, dengan dipandu pertanyaan berikut:

- (1) Apakah telah mencakup masalah pengobatan-pelayanan yang dialami pasien dengan kondisi tersebut?
- (2) Apakah telah mencakup obat dan pengobatan yang dianggap penting oleh pasien?
- (3) Apakah ada kelompok pasien yang membutuhkan pertimbangan khusus?
- (4) Apakah mencakup informasi dan dukungan yang dibutuhkan oleh pasien?
- (5) Apakah telah digunakan kalimat atau istilah yang bersimpati terhadap pasien?

Dengan bantuan kisi-kisi pertanyaan tersebut, maka pasien-keluarga yang ingin berpartisipasi dapat memberikan kontribusi yang lebih nyata. Selain itu, selama proses penyusunan pedoman klinis berlangsung, terdapat pula tim yang bertugas untuk mendukung pasien-keluarga yang berpartisipasi (*Patient-Public Involvement Programme* atau *PPIP*). Apabila pasien-keluarga mengalami kesulitan selama terlibat dalam penyusunan pedoman klinis, maka tim PPIP akan memfasilitasi pasien-keluarga tersebut. Sebagai akhir hasilnya, NICE menerbitkan 2 versi pedoman klinis, yaitu versi lengkap untuk profesi kesehatan dan versi khusus bagi pasien. Contohnya, dalam pedoman klinis tentang kanker payudara, terdapat versi lengkap setelah 113 halaman dan versi khusus bagi pasien setebal 4 halaman. Versi bagi pasien menekankan pada rekomendasi kunci yang terdapat pada versi lengkap dengan pernyataan yang lebih mudah dipahami oleh pasien (tabel 2).

Tabel 2. Rekomendasi kunci untuk Kanker Payudara dalam pedoman klinis versi lengkap dan versi bagi pasien (NICE, 2002a dan 2002b)

Rekomendasi dalam versi lengkap pedoman klinis	Rekomendasi dalam versi bagi pasien
Tim kerja multidisipliner	Setiap perempuan harus ditangani oleh tim multidisipliner
Meminimalkan keterlambatan	Setiap perempuan harus segera ditangani/diobati
Tindak lanjut	Pelayanan yang lebih konsisten
Review pelayanan untuk pasien yang diskriminasi dan simtomatik	Tindak lanjut secara intensif yang dilakukan di rumah sakit tidak bermanfaat