

Pasien dan Masyarakat sebagai Mitra Menuju Rumah Sakit Berstandar Internasional

Bagian Terakhir dari IV Artikel: Melibatkan Pasien-Masyarakat di Tingkat Organisasi dan Lingkungan

Prof. dr. Adi Utarini, MSc, MPH, PhD¹

Tingkat organisasi rumah sakit

“Apakah pelayanan di rumah sakit ini telah semakin berfokus pada pasien?” Rumah sakit seharusnya tidak hanya mendorong keterlibatan pasien-masyarakat dengan melakukan survei kepuasan pasien, memasang kotak keluhan pasien, memasang papan berisi informasi tentang hak-hak pasien, menyodorkan lembar *informed consent* tanpa memberikan informasi, ataupun mengembangkan proses keluhan pasien. Studi mengenai *patient-centredness* yang dilakukan di 351 rumah sakit di delapan negara Eropa menunjukkan bahwa sebagian besar rumah sakit mempunyai kebijakan mengenai hak-hak pasien (85,5%) dan *informed consent* (93%). Akan tetapi lebih sedikit rumah sakit yang menerapkan strategi untuk melibatkan pasien dan pembelajaran dari pengalaman pasien lebih rendah, yaitu 71% dan 66% (Groene *et al.*, 2009).

Untuk merespons pertanyaan “Apakah rumah sakit ini telah memberikan pelayanan yang berfokus pada pasien?”, berbagai organisasi seperti Institute of Healthcare Improvement, Institute for Family-Centered Care mengembangkan piranti untuk penilaian mandiri di tingkat organisasi rumah sakit (IHI, NICHQ, Institute for Family-Centered Care, Elwyn *et al.*, 2003; Frampton *et al.*, 2008).

Rumah sakit, apalagi rumah sakit besar, tentu dapat melakukan lebih banyak lagi strategi dan kegiatan untuk menciptakan pelayanan yang berfokus pada pasien. Pada tingkat organisasi, keterlibatan pasien-masyarakat di rumah sakit dilakukan untuk kepentingan yang lebih strategis. Keterlibatan tersebut dapat dilakukan pada tingkatan sistem manajemen fungsional tertentu (seperti misalnya sistem informasi, sistem keluhan, penilaian teknologi, pengendalian infeksi dan lainnya) ataupun pada tingkatan yang mengawasi implementasi sistem tersebut di rumah sakit.

Institute for Patient and Family-Centered Care mengidentifikasi berbagai strategi dan cara bagi lembaga pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit untuk melibatkan pasien dan masyarakat dalam meningkatkan keselamatan pasien. Pasien dan masyarakat dapat terlibat dalam dewan penasehat atau dewan pengawas rumah sakit, komite atau kelompok kerja keselamatan pasien atau yang terkait lainnya, melakukan perubahan konsep keluarga sebagai pengunjung menjadi mitra dalam keselamatan pasien, membangun informasi dan edukasi keselamatan pasien kepada pasien-masyarakat dan tenaga kesehatan, memahami persepsi pasien-keluarga terhadap pelayanan melalui survei pengalaman pasien, pendidikan tenaga kesehatan serta kampanye mempromosikan keselamatan pasien. Kegiatan yang dapat dilakukan dideskripsikan pada lampiran naskah orasi ini.

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

Secara garis besar, rekomendasi utama dalam menciptakan kemitraan pasien-masyarakat di rumah sakit adalah sebagai berikut (IPFCC, 2008):

1. Menyediakan insentif dan penghargaan bagi rumah sakit dan fasilitas perawatan jangka panjang lainnya yang menerapkan pelayanan yang berfokus pada pasien dan keluarga untuk mendorong pengembangannya dan menjamin manfaat nilai-nilai tersebut;
2. Mengembangkan persyaratan regulasi dan akreditasi yang memperkuat pelayanan yang berfokus pada pasien-keluarga
3. Menjamin keterlibatan pasien dan keluarga di seluruh tingkat pelayanan kesehatan
4. Menjamin bahwa perspektif pasien dan keluarga, termasuk pengalaman ketika menerima pelayanan kesehatan, merupakan pendorong utama dalam meningkatkan proses dan struktur pelayanan;
5. Mengintegrasikan filosofi pelayanan yang berfokus pada pasien dan keluarga dalam misi, visi, nilai-nilai, definisi mutu, rencana strategis dan praktek pelayanan kesehatan;
6. Memberikan informasi dan pelatihan kepada tim pemberi pelayanan, staf rumah sakit, manajemen, dewan pengawas, pasien dan keluarga untuk menciptakan dan mempertahankan kemitraan yang efektif; dan
7. Khusus di rumah sakit pendidikan, melibatkan pasien dan keluarga dalam pendidikan profesi kesehatan dan manajer pelayanan kesehatan di masa mendatang.

Tingkat Lingkungan Eksternal Rumah Sakit

Lingkungan eksternal rumah sakit dapat mendorong rumah sakit untuk berubah. Lingkungan tersebut antara lain undang-undang yang semakin kuat implementasinya, sistem akreditasi rumah sakit yang lebih berfokus pada pasien, strategi nasional untuk meningkatkan mutu, kebijakan untuk pelaporan data kinerja rumah sakit kepada masyarakat, peran regulasi oleh Dinas Kesehatan/Departemen Kesehatan yang semakin menguat ataupun survei-survei masyarakat tentang pengalaman menerima pelayanan rumah sakit yang dipersyaratkan oleh lembaga jaminan-asuransi pelayanan kesehatan ataupun pemerintah. Berikut adalah lingkungan eksternal kesehatan yang terjadi di beberapa negara, serta beberapa pengamatan situasi di Indonesia.

Di Amerika misalnya, pemerintah menyusun Rencana Aksi Nasional untuk meningkatkan kesadaran akan kesehatan (US Department of Health and Human Services, 2010). Rencana aksi ini disusun berdasarkan prinsip hak setiap orang untuk memperoleh informasi kesehatan yang membantu mereka membuat keputusan dan pelayanan kesehatan yang dapat dipahami dan bermanfaat untuk kesehatan, kualitas kehidupan. Visinya adalah (1) Menyediakan akses terhadap informasi kesehatan yang akurat dan dapat ditindaklanjuti dengan aksi kepada setiap orang; (2) Menyediakan informasi kesehatan dan pelayanan yang berfokus pada individu; dan (3) Mendorong pembelajaran seumur hidup dan keterampilan untuk memperbaiki tingkat kesehatan.

Strategi nasional mutu pelayanan (*National Quality Strategy*) yang juga dipublikasikan pemerintah Amerika pada tahun 2010 semakin memperkuat dorongan bagi sisi organisasi pelayanan kesehatan. Tiga tujuan utama yang akan dicapai dalam strategi nasional ini adalah: pelayanan yang lebih baik, individu dan masyarakat yang lebih sehat dan mutu pelayanan yang terjangkau bagi semua. Ketiga tujuan tersebut saling terkait dan saling

memperkuat (US Department of Health and Human Services, 2010). Pihak jaminan-asuransi kesehatan Medicare juga meminta rumah sakit untuk melaporkan perspektif pasien sebagai bagian dari pelaporan baku mutu pelayanan kepada publik, menggunakan *the Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (HCAHPS)*.

Strategi nasional yang dilakukan di Amerika berjalan sinergis dengan upaya peningkatan mutu rumah sakit. *Joint Commission International (JCI)* dalam standar akreditasi internasional menegaskan pentingnya pelayanan yang berpusat pada pasien dengan mengelompokkan standar akreditasinya menjadi dua bagian. Bagian pertama adalah *Patient-centered standards* (8 standar) yang didukung oleh *Health Care Organization Management standards* (6 standar). Penting dicatat bahwa edukasi bagi pasien dan keluarga merupakan satu standar tersendiri sebagai bagian dari *patient-centered standards*. Pengembangan standar akreditasi telah dilakukan dengan menggunakan prinsip *patient-centered care* (bukan fungsi organisasi) sebagai prinsip utama. IHI sebagai lembaga yang mendorong kinerja lembaga pelayanan kesehatan dalam hal mutu dan keselamatan pasien, menetapkan tema *Achieving an exceptional patient and family experience of inpatient hospital care* sebagai seri inovatif tahun 2011. Selain itu lembaga internasional lainnya (seperti Picker Institute, Institute for Family-Centered Care, AHRQ dll) juga mendorong keterlibatan pasien-masyarakat melalui berbagai inisiatif. Keterlibatan pasien-masyarakat merupakan orkestrasi terpinpin dari berbagai kebijakan dan operasional yang dilakukan secara sinergis.

Ilustrasi yang lain adalah kebijakan di Departemen Kesehatan di Inggris. Pada tahun 2010 National Health Service (NHS) mempublikasikan "*Equity and Excellence: Liberating the NHS*". Dalam dokumen tersebut, *Putting patients and public first* merupakan hasil dari perjalanan panjang untuk menyempurnakan NHS, yang dilakukan melalui revolusi informasi dan memberikan pilihan-kontrol yang lebih besar kepada pasien. Strategi yang akan dilakukan adalah (UK Department of Health, 2010):

- (1) Pembuatan keputusan bersama sebagai norma: *no decision about me without me*
- (2) Pasien mempunyai akses terhadap informasi yang dibutuhkan untuk membuat keputusan mengenai pelayanannya serta memiliki kontrol yang lebih besar terhadap rekam medik
- (3) Pasien dapat memilih penyedia pelayanan, dokter dan pengobatan yang diberikan
- (4) Pemerintah akan membuat pasien mempunyai informasi tentang rating rumah sakit dan pelayanan klinis dan rumah sakit harus terbuka dalam menyampaikan KTD dan selalu menginformasikannya kepada pasien
- (5) Sistem pelayanan klinis menyediakan pelayanan yang berfokus pada individual (*personalized care*) yang mencerminkan kebutuhan kesehatan dan pelayanannya, mendukung keluarga dan mendorong kemitraan yang lebih kuat
- (6) Pemerintah akan memperkuat suara pasien dan masyarakat hingga di tingkat nasional, melalui lembaga konsumen independen yang ditunjuk oleh pemerintah
- (7) Pemerintah akan memastikan bahwa setiap orang akan memperoleh manfaat dari inisiatif ini.

Di Indonesia juga terdapat perkembangan kebijakan yang *promising*. Dari sisi lingkungan eksternal dapat disimpulkan bahwa lingkungan eksternal rumah sakit di Indonesia pun telah semakin kuat menuntut mutu pelayanan yang tinggi bagi semua lapisan masyarakat (*universal quality for all*). Kebijakan BPJS bagi seluruh masyarakat Indonesia akan semakin meningkatkan akses dan tuntutan akan mutu pelayanan. Undang-undang Rumah Sakit

meningkatkan regulasi dan implementasinya bagi seluruh rumah sakit. Setelah lebih dari 10 tahun pengembangan akreditasi rumah sakit di Indonesia, akhirnya mulai bulan Mei 2012, seluruh rumah sakit akan diwajibkan memenuhi standar akreditasi yang lebih berfokus pada pasien. Badan Pengawas Rumah sakit di tingkat Pusat telah dilantik dan pada saat ini sedang menyusun tugas pokok dan fungsinya, demikian pula dewan-dewan pengawas rumah sakit telah dibentuk. Dari aspek kinerja rumah sakit, Kementerian Kesehatan telah pula memiliki Standar Pelayanan Minimal rumah sakit, Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Dapat dikatakan bahwa secara struktur, berbagai kebijakan utama dan perangkatnya telah memadai.

Tantangan selanjutnya adalah: *The detail in the detail*. Sistem akreditasi dan mutu pelayanan kesehatan perlu dikaitkan secara lebih operasional untuk menunjukkan hasil peningkatan mutu melalui strategi sistem akreditasi. Hal ini dapat ditunjukkan apabila status akreditasi dapat dikaitkan dengan mutu keluaran klinis, baik menggunakan pelaporan periodik indikator SPM-RS ataupun indikator lainnya. Menurut Utarini (2011), belum tersedianya data *outcome* pelayanan yang dapat dikajibandingkan (*benchmark*) antar rumah sakit, maka manfaat akreditasi hanya sebatas janji yang tidak harus ditepati. Indikator SPM rumah sakit telah tersedia, akan tetapi selain jumlah indikatornya yang masif, panduan operasional dan piranti pengumpulan data yang standar juga belum tersedia.

Terbentuknya Badan Pengawas Rumah Sakit dan Dewan-dewan pengawas rumah sakit memberikan harapan tinggi bagi pasien dan masyarakat. Akankah pelayanan rumah sakit menjadi semakin berfokus pada pasien? Di Amerika, *Getting Boards on Boards* merupakan satu-satunya intervensi non-klinis dalam kampanye menurunkan lima juta KTD di rumah sakit. Setiap anggota Dewan Pengawas, harus mengikuti pelatihan mutu dan keselamatan pasien dalam waktu 6 bulan sejak dilantik. Setiap kali rapat dewan pengawas, diharapkan minimal 25% waktu digunakan untuk membahas masalah mutu dan keselamatan pasien. Selain itu, setiap tahun sekali seluruh dewan pengawas berkomunikasi dengan sekurangnya satu pasien/keluarga yang mengalami KTD yang serius (Conway, 2008). Karakteristik dewan pengawas terkait secara langsung dengan tingkat mutu pelayanan yang diberikan (Vaughan *et al.*, 2006).

Dewan pengawas rumah sakit harus melakukan 6 aksi sebagai berikut:

- (1) Menetapkan tujuan dan target yang spesifik untuk menurunkan KTD;
- (2) Mereview kualitas data dan mendengarkan cerita pengalaman pasien;
- (3) Mengembangkan dan memantau pengukuran indikator di tingkat rumah sakit agar diperbarui secara periodik dan dilaporkan ke publik;
- (4) Melakukan perubahan lingkungan, kebijakan dan budaya;
- (5) Mempelajari praktek terkini dewan pengawas yang lain bersama eksekutif dan pemimpin klinis untuk menurunkan KTD; dan
- (6) Menetapkan akuntabilitas eksekutif rumah sakit (Conway, 2008; IHI, 2008).

Peran strategis Dewan Pengawas di tingkat rumah sakit ini tentunya akan semakin kuat mendorong rumah sakit dengan adanya Badan Pengawas Rumah Sakit di tingkat Pusat. Sebagai lembaga yang dibentuk atas amanah Undang-Undang Rumah Sakit, diharapkan penyusunan tugas pokok dan fungsi Badan Pengawas Rumah Sakit ini dapat menggunakan proses-proses konsultasi yang bersifat *bottom-up*, dengan menyuarakan kepentingan pasien-masyarakat, lembaga rumah sakit, serta memperkuat kapasitas pemerintah dalam melakukan fungsi regulasi rumah sakit, baik melalui perijinan ataupun akreditasi. Sebagai

ilustrasi, sampai dengan akhir 2010, baru 602 dari 1.378 (44%) rumah sakit terakreditasi. Sementara jumlah rumah sakit per Mei 2011 telah meningkat menjadi 1.671. Percepatan pertumbuhan rumah sakit tak terkejar oleh kapasitas lembaga regulasi yang ada. Sementara rumah sakit-rumah sakit berskala besar akan didorong dengan akreditasi internasional, bagaimana halnya dengan lebih dari 90% rumah sakit lain di Indonesia? Pembelajaran dari Badan-badan serupa juga mempunyai peranan penting apabila dilakukan pada awal pendirian Badan yang saat ini baru berusia 4 bulan. Pilihan strategi dan kegiatan yang dilakukan oleh Badan ini tentunya melihat pula akan bukti-bukti empirik terkini yang terkait dengan efektivitas strategi tersebut untuk meningkatkan keselamatan pasien.

Penutup: Mendorong keterlibatan pasien-masyarakat sebagai strategi menuju rumah sakit berstandar internasional

Para pakar dan peneliti akan terus berdebat mengenai peran pasien dalam keselamatan pasien. Para pengambil kebijakan akan terus mendorong agar pasien-keluarga memperhatikan pelayanan yang diterima. Badan pengawas dan Dewan pengawas rumah sakit akan gencar memperoleh informasi mengenai mutu pelayanan rumah sakit dari masyarakat penggunanya. Direksi dan manajer rumah sakit terus mendapat tantangan untuk menciptakan atmosfer yang nyaman bagi interaksi dokter-pasien/keluarga yang produktif dan memastikan bahwa setiap keluhan pasien diperhatikan dan ditindaklanjuti. Dokter-tenaga kesehatan akan terus dilatih untuk meningkatkan keterampilan berkomunikasi dan berkolaborasi dengan pasien-keluarga. Pasien semakin didorong untuk secara kritis menanyakan pelayanan yang terbaik. Masyarakat akan semakin terbuka dan menuntut mutu pelayanan yang tinggi.

Dengan demikian, tidak ada pilihan lain kecuali bagi rumah sakit untuk mengembangkan berbagai strategi dan menciptakan berbagai peluang agar pasien-masyarakat dapat lebih aktif memperjuangkan pelayanan yang terbaik dan menjadikan mereka sebagai mitra untuk mencegah kejadian yang tidak diharapkan.