

MEMBANGUN SISTEM PELAYANAN KEPERAWATAN: SEBUAH WACANA (BUILDING A BETTER DELIVERY SYSTEM)

Supratman*

Abstract

Relatively little technical talent or material resources have been devoted to improving or optimizing the operations or measuring the quality and productivity of the overall health care system. One need only note that: (1) many patient in Indonesia die and also suffer injuries each year as a result of broken health care processes and system failures; (2) little more than half of patients receive known "best practice" treatments for their illnesses and less than half of physician practices use recommended processes for care. Engineering tools and technologies that could help the health system overcome these crises and deliver care that is safe, effective, patient centered, timely, efficient, and equitable (SEPTEE). Systems engineering tools that have transformed the quality and productivity performance of other large-scale complex systems (e.g., telecommunications, transportation, and manufacturing systems) could also be used to improve health care delivery. Engineering applications with the potential to improve health care delivery in the short, medium, and long terms; and also to rapid improvements in the performance of the health care delivery system.

* Supratman

Dosen Keperawatan FIK UMS. Jln A Yani Tromol Post 1 Kartasura

PENDAHULUAN

Perkembangan teknologi menuntut penyesuaian (adaptasi) bagi mereka yang menginginkan eksistensi. Di negara-negara maju teknologi telah memasuki berbagai bidang kehidupan. Termasuk didalamnya perkembangan teknologi kesehatan yang telah menghasilkan berbagai produk jasa pelayanan. Konon, Dahlan Iskan (sekarang Direktur Perusahaan Listrik Negara sebelumnya ia adalah pemimpin redaksi harian Jawa Pos) beberapa tahun lalu divonis menderita kanker hati dan menurut prognosis dokter tidak akan berumur panjang. Pengobatan di dalam negeri yang ia tempuh bertahun-tahun sangat tidak memuaskan hasilnya. Akhirnya ia memutuskan berobat ke negara paling maju dalam sistem pelayanan kesehatan (US red). Dengan medical treatment (dan tidak lupa nursing treatment tentu saja) hasilnya ternyata sangat memuaskan. Dahlan merasa masih memiliki 'ijin hidup' lebih lama lagi di dunia. Nyatanya, ia masih hidup sekarang.

Lain Dahlan lain pula Rima Melati. Ia divonis kanker payudara–penyakit paling ditakuti kaum hawa (selain kanker leher rahim). Ia berobat ke Belanda untuk beberapa bulan lamanya dan ternyata hasilnya sangat memuaskan. Contoh kasus tersebut hanyalah segelinitir kasus yang terjadi dan penulis meyakini masih banyak kasus yang serupa yang dapat diatasi dengan teknologi kesehatan yang canggih. Betapapun teknologi (sangat) dibutuhkan untuk menjawab masalah kesehatan yang dialami umat manusia.

Teknologi kesehatan yang berkembang saat ini baik di negara-negara maju maupun di negara berkembang tidaklah memiliki fungsi apa-apa tanpa diaplikasikan kedalam sistem pelayanan yang terencana dengan baik. Sistem perlu dikembangkan karena perlunya suatu sinergi antara berbagai komponen sistem itu sendiri. Misalnya saja, peralatan kesehatan yang canggih (sebagai bagian dari input) di rumah sakit ternyata petugas kesehatan (dokter, perawat atau yang

lain) tidak dapat mengoperasikan dengan baik (bagian dari proses) tentu saja hasilnya tidak akan baik (bagian dari output). Disinilah pentingnya membangun sistem pelayanan yang nantinya dapat menghasilkan output yang tidak saja memuaskan pasien tetapi juga petugas kesehatan.

DIMENSI SISTEM PELAYANAN KEPERAWATAN (DIMENTION OF CARE DELIVERY SISTEM)

Sistem pelayanan keperawatan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan rumah sakit. The Institute of Medicine (IOM) (2001) menyebutkan enam dimensi sistem pelayanan kesehatan rumah sakit dengan sebutan SEPTEE. Safe, dimensi pertama yang mengandung arti bahwa petugas kesehatan 'harus' dapat menghindarkan pasien dari luka (atau apapun) yang tidak diinginkannya (adverse event). Effective, ialah bahwa petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan perlu didasarkan pada pengetahuan ilmiah supaya diperoleh manfaat dan mereka menahan diri untuk tidak memberikan pelayanan yang tidak bermanfaat.

Dimensi ketiga ialah patient-centered, memberikan asuhan dengan menghormati dan penuh tanggungjawab terhadap nilai dan kebutuhan pasien dan memasukkan nilai-nilai yang dianut pasien dalam menetapkan keputusan klinik. Timely, menurunkan waktu tunggu dan mengurangi bahaya baik bagi pemberi ataupun penerima pelayanan. Efficient, menghindari pemborosan termasuk pemborosan peralatan, perlengkapan, dan energy. Equitable, memberikan asuhan dengan kualitas yang relative bervariasi berdasarkan karakteristik personal individu.

Sistem untuk memberikan pelayanan harus menyertakan metode-metode dimana pasien dan petugas kesehatan menjamin struktur, tujuan pelayanan yang memasukkan seluruh elemen yang berpartisipasi dalam pelayanan tersebut dapat mengerti dan bertanggungjawab.

Tanpa hal itu, menurut penelitian McMahon (1999), maka rata-rata perawat pelaksana menyatakan perasaan tidak berdaya dalam pelayanan. Secara empiris, asuhan keperawatan yang tidak menyertakan metode-metode asuhan yang tepat akan menghasilkan tingkat kepuasan yang rendah. Lebih jauh lagi dikatakan, penerapan metode asuhan yang tidak tepat membuat mereka merasa (secara umum) tidak memiliki tanggungjawab, terbatasnya otoritas dalam bekerja dan mereka bahkan menjalankan praktik tanpa otonomi.

SISTEM-TEKNIK DALAM PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN (SYSTEM-ENGINEERING FOR DELIVERY OF NURSING CARE)

Terminologi tentang sistem teknis pelayanan selalu menjadi perdebatan di kalangan praktisi kesehatan di USA. Pasalnya para praktisi tidak yakin bahwa hal itu tidak akan mampu meningkatkan mutu dan produktifitas. Sistem teknis diartikan sebagai upaya menyeluruh dalam memanfaatkan dan memadukan sumber-sumber daya, peraturan, teknologi peralatan kesehatan dengan melakukan partnership dengan para insinyur dalam mengevaluasi hasil pelayanan secara lintas-disiplin.

Sistem teknis dapat digunakan dalam berbagai variasi dalam praktik pelayanan untuk mencapai kualitas, efisiensi, keamanan, dan/atau proses, produk dan pelayanan yang berorientasi kebutuhan pasien. Sektor pelayanan kesehatan sebagai sebuah pelayanan yang terbesar di Indonesia rupanya terlalu lamban untuk menerapkan sistem teknis tersebut. Pada awalnya, di USA sistem teknis tersebut tidak menunjukkan nilai penerimaan hasil yang optimal tetapi hampir sebagian besar rumah sakit telah memanfaatkan sistem tersebut (Fone et al., 2003; Leatherman et al., 2003; Murray and Berwick, 2003).

Sistem pelayanan kesehatan di Indonesia tidak sepenuhnya mau

memanfaatkan sistem tersebut karena berbagai alasan. Pelayanan kesehatan di Indonesia terbagi dalam berbagai jenjang pelayanan, mulai dari level C sampai A. Sumber daya yang dimiliki rumah sakit di level C tentu saja tidak selengkap dan secanggih yang dimiliki rumah sakit level A. Keberadaan rumah sakit level C umumnya di tingkat kabupaten. Kebutuhan akan mutu pelayanan dirasa belum sampai pada level yang tinggi. Kemampuan sumber dana juga tentu berbeda di berbagai level tersebut.

Belum lagi pelayanan rumah sakit swasta yang sangat terkait dengan siapa pemilik dana pribadi, swasta atau modal asing (banyak di kota-kota besar). Konsep pelayanan rumah sakit pemerintah dan swasta sangat berbeda dalam orientasi hasil. Swasta lebih dominan dalam profit oriented.

METODE DALAM MEMBERIKAN ASUHAN YANG BERMUTU

Adakalanya anggota tim keperawatan merasa 'terancam' oleh tuntutan mereka sebagai tenaga profesional oleh karena tuntutan metode dan alat dalam melayani kebutuhan pasien. Mungkin metode tertentu (misalnya, metode tim) dapat diterima di beberapa rumah sakit, tetapi mungkin tidak di rumah sakit lain. Mungkin perawat-perawat tertentu tidak familier dengan metode penugasan yang diterapkan disebabkan oleh penerapan yang tidak pas. Metode penugasan seringkali hanya sebuah 'simbol' saja.

Penelitian Suardana (2002), membuktikan sebagian besar metode penugasan keperawatan menggunakan fungsional. Mengingat rasio perawat-pasien yang masih terlalu besar nampaknya alasan itu masih dapat diterima. Namun untuk rumah sakit swasta dengan jumlah tenaga yang relative besar mestinya metode fungsional tidak tepat untuk diterapkan.

Salah satu bangsal rawat inap RSCM Jakarta (IRNA B lantai 6) telah menerapkan metode praktik keperawatan profesional

(MPKP) dengan metode penugasan primer. Beberapa bangsal di RS St. Carolus juga menerapkan hal yang sama. Ini menjadi bola salju bagi rumah-rumah sakit lain di daerah di Indonesia.

KOMPONEN SISTEM PELAYANAN (COMPONENT OF DELIVERY SYSTEM)

Merujuk penelitian Donovan (1986) tentang beberapa hal dalam pemberiana asuhan keperawatan maka ia menetapkan lima komponen dalam pemberian asuhan keperawatan. Komponen tersebut adalah deskripsi kerja (position descriptions), pelayanan pendampingan pasien (patient escort service), proses evaluasi (evaluation process), audit (chart audit), sistem komunikasi (communication system).

Deskripsi kerja perawat masing-masing perawat membutuhkan petunjuk khusus atau informasi dalam menjalankan perintah dalam memberikan asuhan dimana hal tersebut dapat diperoleh melalui pelatihan ketrampilan berkelanjutan. Di beberapa negara maju team leader diberikan pada perawat lulusan sarjana (BSN, sementara di Indonesia Ners) sedangkan anggota tim adalah mereka yang lulusan diploma atau sederajat (LPNs). Deskripsi kerja perawat umumnya terdiri atas: (1) deskripsi kerja secara umum, (2) judul tugas, (3) kondisi pekerjaan, (4) metode dan cara pembayaran gaji, (5) peluang untuk maju, (6) kualifikasi, persyaratan pendidikan, pengalaman profesional, kemampuan, dan karakteristik personal, (7) fungsi kerja: frekuensi kerja, periode kerja.

Pelayanan pendampingan pasien – tugas pelayanan ini adalah membantu kebutuhan pasien agar semua program yang ditetapkan dapat diterima oleh pasien. Di luar negeri tugas ini dikerjakan oleh perawat LPNs, tetapi di Indonesia sepertinya tidak jelas. Ke depan perlu ditetapkan jenis kualifikasi untuk pekerjaan ini.

Proses evaluasi yang dimaksud evaluasi disini menyeluruh terhadap kinerja perawat dan evaluasi terhadap proses asuhan itu sendiri. Kadangkala proses ini dianggap tidak penting karena perawat (lebih suka) kegiatan yang sifatnya rutinitas. Sehingga parameter keberhasilan pelayanan kurang terukur.

Audit–audit bisa bersifat internal ataupun eksternal. Audit internal dilakukan oleh tim keperawatan terhadap seluruh unsur yang ada di unit pelayanan keperawatan.

Seharusnya audit ini dilakukan oleh perawat independen. Audit eksternal dilakukan oleh unsur diluar unit keperawatan.

Sistem komunikasi–dalam unit pelayanan keperawatan modern, sistem komunikasi mutlak diperlukan. Secara teoritis, sistem komunikasi dapat berlaku vertical dan horizontal. Kedua hal tersebut harus berjalan seimbang agar terjadi kesempurnaan interpretasi kerja yang baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Donovan L. 1986. External incentives, information technology, and organized processes to improve health care quality for patients with chronic diseases. *Journal of the American Medical Association* 289(4): 434–441.
- Feistritz, N.R., and B.R. Keck. 2000. Perioperative supply chain management. *Seminars for Nurse Managers* 8(3): 151–157.
- Fone, D., S. Hollinghurst, M. Temple, A. Round, N. Lester, A. Weightman, R. Roberts, E. Coyle, G. Bevan, and S. Palmer. 2003. Systematic review of the use and value of computer simulation modelling in population health and health care delivery. *Journal of Public Health Medicine* 25(4): 325–335
- IOM. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- IOM. 2003. *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- McMahon. 1999. The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine* 348(26): 2635–2645.
- Suardana. 2002. *Studi komparasi metode fungsional dan tim-fungsional di Rumah Sakit Daerah Sanglah Denpasar Bali*, Tesis tidak diterbitkan, FIK UI Jakarta.