



Research article

Kejadian Pasien drop out dari Rencana Pelayanan Rehabilitasi Medik Rumkital di RSAL Dr. Ramelan

LENA WIJAYANINGRUM*), HERIN SETIANINGSIH**), SETIYONO*)

*) Medical Rehabilitation Subdepartment, of Navy Hospital Surabaya

***) Anatomy Department, Medical Faculty of Hang Tuah University of Surabaya
Correspondence : drlenawijyaningrum@gmail.com

ABSTRACT

Background : The high number of patient visits to medical rehabilitation clinic, from January to June 2018 is 13.772 patients, the number of patients from July to December 2018 is 11.142 patients, and the number of patients from January to July 2019 is 13.781 patients. Therefore it is important to know the continuity of service, as planned by medical rehabilitation specialist.

Method : Descriptive research with population was obtained in medical record for duration 1 December 2019 to 29 February 2020 in the medical rehabilitation clinic of Dr Ramelan Surabaya

Result : Patient visits that dropped out in 3 months were 795 patients (less than 10 visit in 3 months). Patient visits that did not drop out in 3 months were 194 patients more than or equal to 10 visits in 3 months

Conclusion : The incidence of patient drop out for planned rehabilitation services is 80,3842%. So the incidence of patient drop-out for planned rehabilitation services is not meeting the standards.

Key words : Drop Out, Patient Visit, medical rehabilitation clinic

ABSTRAK

Latar Belakang : Banyaknya angka kunjungan pasien di klinik Rehabilitasi Medik RSAL dr. Ramelan Surabaya, yaitu dari januari sampai juni 2018 sejumlah 13,772 pasien, jumlah pasien bulan juli sampai desember 2018 11.142 pasien, dan jumlah pasien bulan januari sampai juli 2019 adalah 13,781. Sangat penting mengetahui kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan oleh dokter spesialis rehabilitasi medik

Metodologi : Penelitian deskriptif dengan populasi diperoleh dari semua pasien yg terekam dalam rekam medik pada durasi 1 Desember 2019 sampai dengan 29 Februari 2020 di poli Rehabilitasi Medik RSAL Dr Ramelan Surabaya

Hasil : Kunjungan pasien yang drop out dalam 3 bulan adalah 795 pasien (< 10 kunjungan dalam 3 bulan), kunjungan pasien yang tidak drop out dalam 3 bulan adalah 194 pasien (≥ 10 kunjungan dalam 3 bulan)

Kesimpulan : Kejadian drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan adalah 80,3842%. Jadi Kejadian drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan adalah tidak memenuhi standar.

Kata Kunci : Drop Out, Kunjungan Pasien , klinik Rehabilitasi Medik

PENDAHULUAN

Banyaknya angka kunjungan pasien di klinik Rehabilitasi Medik RSAL Dr. Ramelan Surabaya, yaitu dari januari sampai juni 2018 sejumlah 13,772 pasien, jumlah pasien bulan juli sampai desember 2018 11.142 pasien, dan jumlah pasien bulan januari sampai juli 2019 adalah 13,781.

Pelayanan Rehabilitasi yang tidak optimal dapat saja meningkatkan kinerja kemampuan fungsional dalam jangka waktu tertentu, tetapi tetap menjadikan individu tersebut tergantung pada orang lain (Kottke, Lehmann and Krusen, 1995).

Karena itu ,penting untuk mengetahui tergambarnya kesinambungan pelayanan rehabilitasi sesuai yang direncanakan oleh dokter spesialis rehabilitasi medik, yang merupakan Standar Pelayanan Minimal Rehabilitas Medik.

Standar pelayanan minimal dapat menjadi panduan bagi daerah dalam melaksanakan perencanaan dan pengendalian serta pengawasan dan pertanggung jawaban penyelenggaraan standar pelayanan minimal rumah sakit. Standar pelayanan minimal adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga secara minimal. Juga merupakan spesifikasi teknis tentang tolak ukur pelayanan minimum yang diberikan oleh Badan layanan Umum kepada masyarakat (Menkes, 2008).

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal BAB 1 ayat 6 menyatakan : Standar Pelayanan Minimal yang selanjutnya disingkat SPM adalah ketentuan tentang jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan wajib daerah yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. Ayat 7, Indikator SPM adalah tolak ukur prestasi kuantitatif dan kualitatif yang digunakan untuk menggambarkan besaran sasaran yang hendak dipenuhi didalam pencapaian suatu SPM tertentu berupa masukan, proses, hasil dan atau manfaat pelayanan. (Menkes, 2008).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah Deskriptif yang dilakukan di Poli Rehabilitasi Medik, RSAL Dr Ramelan Surabaya. Populasi semua pasien di Poli Rehabilitasi Medik Rumkital dr Ramelan Surabaya, yang terekam di SIMRS RSAL DR Ramerlan Poli Rehabilitasi Medik mulai 1 Desember 2019 sampai dengan 29 Februari 2020.

Tujuan penelitian ini untuk mengetahui kesinambungan pelayanan Rehabilitasi Medik dan efektivitasnya.

SUBYEK PENELITIAN

Semua Pasien yang terekam di data rekam medik (SIMRS) RSAL DR Ramerlan Poli Rehabilitasi Medik 1 Desember 2019 sampai dengan 29 februari 2020.

ANALISIS DATA

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif .Program terapi Rehabilitasi Medik adalah direncanakan 2 kali seminggu,sebanyak 10 kali. Semua Pasien yang terekam di SIMRS RSAL DR Ramerlan Poli Rehabilitasi Medik 1 Desember 2019

sampai dengan 29 februari 2020. Didata dan dihitung Droop Out (Pasien tidak bersedia meneruskan program rehabilitasi yang direncanakan oleh dr SpKFR), sesuai rumus sbb:

$$\text{Drop Out} = \frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan}}{\text{Jumlah Seluruh pasien yang di program rehabilitasi dalam 3 bulan}} \times 100\%$$

Numerator : Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan (< 10 kali kunjungan dalam 3 bulan)

Denominator : Jumlah seluruh pasien yang di program rehabilitasi medik dalam 3 bulan

HASIL PENELITIAN

Dari data kunjungan pasien Poli Rehabilitasi Medik sejak 1 Desember 2019 sampai dengan 29 Februari 2020, kunjungan pasien adalah 989 pasien. Kunjungan pasien yang drop out dalam 3 bulan adalah 795 pasien (< 10 kali kunjungan dalam 3 bulan), kunjungan pasien yang tidak drop out dalam 3 bulan adalah 194 pasien (≥ 10 kali kunjungan dalam 3 bulan). Jadi Kejadian drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan adalah sebagai berikut :

$$\text{Droop Out} = \frac{\text{Jumlah seluruh pasien yang drop out dalam 3 bulan}}{\text{Jumlah Seluruh pasien yang di program rehabilitasi dalam 3 bulan 795}} \times 100\%$$

$$\text{Droop Out} = \frac{795}{795+194 (989)} \times 100\% = 80,3842\%$$

(tampak di diagram pie 1)

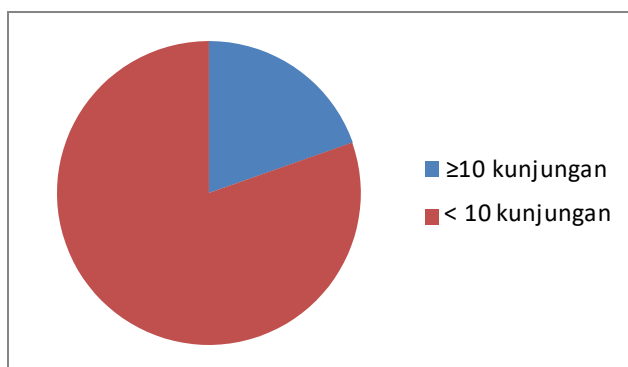


Diagram Pie 1: Data kunjungan pasien Poli Rehabilitasi Medik sejak 1 Desember 2019 sampai dengan 29 Februari 2020

PEMBAHASAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif, penelitian Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan merupakan standart pelayanan minimal yang wajib dilaksanakan di Rehabilitasi Medik (Menkes, 2008)

Standar Kejadian Drop Out Pasien terhadap Pelayanan Rehabilitasi yang di Rencanakan di RSAL berdasarkan SK Menkes No 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Standar Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan adalah $\leq 50\%$ (MENKES, 2008). Di Poli Rehabilitasi Medik RSAL DR Ramelan Surabaya tanggal 1 Desember 2019 sampai dengan 29 Februari 2020, Kejadian drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan adalah 80,3842%, jadi Kejadian drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan adalah tidak memenuhi standar.

Rehabilitasi medis bukan program intervensi yang diberikan di akhir perjalanan suatu penyakit akut atau hanya program pemulihan atau pemeliharaan saja (NPRG, 2002). Layanan KFR dimulai dari tahap promotive, preventif, kuratif dan rehabilitative. Ini menunjukkan bahwa titik berat layanan KFR adalah pada pecegahan disabilitas yang harus dilakukan sedini mungkin. Namun, jika disabilitas telah terjadi, tetap diupayakan tingkat kemandirian seoptimal mungkin sesuai potensi yang dimiliki pasien. (Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2007)

Tim rehabilitasi biasanya terdiri dari dokter spesialis KFR, perawat dengan

kekhususan rehabilitasi medik, fisioterapis, terapis okupasi, terapis wicara dan Bahasa, psikolo klinik, pekerja social, ahli prostetik dan ortotik, serta ahli gizi. (Neumann et al., 2010)

Anamnesa riwayat penyakit yang lengkap dan pemeriksaan fisik merupakan kunci penegakkan diagnosis KFR. Dokter Spesialis KFR tidak hanya menentukan atau mendiagnosis penyakit, tetapi harus juga melakukan penilaian kapasitas fungsional yang diakibatkan oleh penyakit. Diagnosis kapasitas fungsional menjadi dasar perencanaan program penatalaksanaan terapeutik dan tujuan fungsional yang dapat dicapai. (Braddom and Buschbacher, 2000)

Evaluasi dan pemeriksaan penunjang menghasilkan diagnosis KFR dalam bentuk identifikasi adanya hendaya, disabilitas atau kecacatan (WHO, 1980) dan kemampuan aktivitas serta partisipasi (WHO, 1997) fungsi dan keterbatasan fungsi merupakan hal penting dalam perawatan akut, subakut dan kronis jangka panjang pasien dengan kondisi disabilitas dan/atau penyakit kronik lainnya.

Layanan rehabilitasi medik adalah suatu proses yang bertujuan mengoptimalkan kemampuan individu untuk mempertahankan dan mencapai tingkat fungsi fisik, mental, emosional, sosial, dan spiritual (WHO, 2021) untuk mendapatkan kualitas hidup yang lebih baik. Dalam hal ini, pasien dan dokter memiliki tujuan yang sama (Kottke, Lehmann and Krusen, 1995). Tujuan tersebut harus diupayakan bersama sehingga layanan medis tidak berhenti sebatas gejala penyakit berkurang atau hilang.

Rehabilitasi komprehensif terhadap pasien dengan hendaya fisik dan/atau kognitif mungkin merupakan tugas yang kompleks. Perlu dipertimbangkan berbagai aspek antara lain aspek psikologis, religious, vokasional, sosial, kebutuhan, keinginan, dan prioritas (DeLisa *et al.*, 1998).

Program yang efektif dapat menurunkan biaya layanan (NPRG, 2002).

Penatalaksanaan rehabilitasi perlu direncanakan secara khusus bagi setiap individu yang membutuhkan.

WHO dalam World Report on Disability (WRD) menekankan bahwa tujuan program rehabilitasi adalah: (WHO, 2011)

- a. Pencegahan kehilangan fungsi
- b. Memperlambat kehilangan fungsi
- c. Memperbaiki atau memulihkan fungsi

- d. Mengkompensasi fungsi yang hilang
- e. Mempertahankan fungsi yang masih ada

Layanan rehabilitasi medik merupakan konsep layanan yang menyeluruh (comprehensive), meliputi promotive, preventif, kuratif dan rehabilitative dalam rawat jalan, rawat inap dan layanan tambahan (seperti home care).

Perawatan pasien rehabilitasi bersifat holistik meliputi fisik, mental, emosional, sosial, dan spiritual. Oleh karena itu, dalam suatu tatalaksana rehabilitasi dapat melibatkan banyak tenaga professional, termasuk para penyedia layanan. Dalam mencapai tujuan tersebut Spesialis KFR menetapkan diagnose fungsional dan mengarahkan anggota tim yang terlibat agar menghasilkan pemulihan yang optimal sehingga tercapai kemandirian dalam aktifitas sehari-hari, sosial dan vokasional. Selayaknya seorang spesialis KFR juga memiliki ketrampilan kepemimpinan (NPRG, 2002).

Layanan rehabilitasi medik dapat dilaksanakan melalui beberapa pendekatan kerjasama tim antara lain secara multidisiplin dan transdisiplin (DeLisa *et al.*, 1998).

Tujuan layanan yang komprehensif harus mencakup pencapaian fungsional secara optimal bagi setiap individu, baik di rumah maupun di masyarakat, selama hidupnya.

Rehabilitasi komprehensif terhadap pasien dengan hendaya fisik dan/atau kognitif mungkin merupakan tugas yang kompleks. Perlu dipertimbangkan berbagai aspek antara lain aspek psikologis, religious, vokasional, sosial, kebutuhan, keinginan, dan prioritas (DeLisa *et al.*, 1998). Dalam program rehabilitasi, pasien sebagai anggota tim diharapkan berperan penuh dalam program rehabilitasi sejak fase akut. Oleh karena itu diperlukan orientasi dan penjelasan mengenai proses rehabilitasi.

Ada berbagai metode yang digunakan dalam merancang program intervensi yang didasarkan pada diagnose penyakit, evaluasi keterbatasan fungsi, keterbatasan aktivitas, hambatan partisipasi dan kinerja fungsional pasien (Stucki, Cieza and Melvin, 2007). Sebagian besar metode intervensi dilakukan oleh spesialis KFR, tetapi ada juga yang dilakukan oleh tenaga kesehatan lain seperti fisioterapis, terapis okupasi, terapis wicara dan Bahasa, perawat rehabilitasi dan lainnya. Tenaga professional lain dapat berperan sebagai bagian dari pelayanan menyeluruh yang diberikan tim KFR.

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dapat dijadikan acuan bagi pengelola rumah sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan

penatalaksanaan setiap jenis pelayanan.

Standar Pelayanan Minimal Rehabilitasi Medik adalah : (MENKES, 2008)

- a. Kejadian drop Out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang direncanakan
- b. Tidak adanya Kejadian kesalahan tindakan rehabilitasi medik
- c. Kepuasan pelanggan

KESIMPULAN

Kejadian drop Out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan di Poli Rehabilitasi Medik Rumkital Dr Ramelan Surabaya adalah 80,3842%,jadi kejadian drop out pasien terhadap pelayanan Rehabilitasi yang direncanakan berdasarkan SK Menkes No 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit adalah tidak memenuhi standar ≤ 50 % (MENKES, 2008).

Saran

Berdasarkan keseluruhan proses penelitian, perlu dilakukan penelitian lebih lanjut mengenai penyebab terjadinya Kunjungan pasien yang drop out ,di Poli Rehabilitasi Medik. Perlu dilakukan penelitian Kejadian Drop Out Pasien Terhadap Pelayanan Rehabilitasi Yang Direncanakan sebagai standar pelayanan minimal rumah sakit,yang diharapkan dijadikan acuan bagi pengelola rumah sakit dan unsur terkait dalam melaksanakan perencanaan, pembiayaan dan pelaksanaan setiap jenis pelayanan. (MENKES, 2008)

DAFTAR PUSTAKA

Direktorat Bina Pelayanan Medik Spesialistik Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit Kelas, A, B, C dan D. Edisi ketiga. Jakarta: Direktorat Jendral Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2007.

King JC, Nelson TR, Heye ML, Turtorro TC, Titus MND. Prescription, referrals, order writing and the rehabilitation team finction. In: delisaJA, Gans BM. Rehabilitation Medicine. Principles and Practice. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 1998.

Kottke FJ, Lehman JF. Krusen's Handbook of Physical medicine and rehabilitation. Philadelphia: WB Saunders Company, 1990.

McPeak LA. Physiatrix history and examination. In: Braddom RL. (editor) Physical

Medicine and Rehabilitation, 2 edition. Philadelphia: WB Saunders Company, 2000. Pp 3-45

National Private Rehabilitation Group (NPRG). Submission to the house of representative Committee on Aging, Inquiry into Australian population ageing medical rehabilitation – a key to healthy ageing. Sydney: NPRG, 2002

National Private Rehabilitation Group (NPRG). Submission-a key to healthy ageing. Sydney: NPRG, 2002

Neuman V, Gutenbrunner C, Fialka-Moser V, Christodoulou N, Varela E, Giustini a, Delarque A, Interdisciplinary team working in physical and rehabilitation medicine, J Rehabil Med 2009;42:4-8

SK Menkes No 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Stucki G, Cieza A, Melvin J, The International classification of Functioning, Disability and

Health: a unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. J Rehabil Med 2007;39:279—85.

World Health Organisation. International Classification of impairment, Activities and participation. Geneva: World Health Organisation, 1997.

World Health Organisation International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps. Geneva, Switzerland: World Health Organisation, 1980.

World Health Organisation. Diunduh dari <http://www.who.int/>

World Health Organisation, World Bank. World Report on Disability. Geneva, Switzerland: World Health Organisation, 2011.