

Peranan Rehabilitasi Medik dalam Menurunkan Lama Hari Rawat (LOS)

Dr. Gerry Heryati DSRM

Unit Pelayanan Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Fatmawati, Jakarta

PENDAHULUAN

Lama hari rawat (LOS) merupakan salah satu unsur atau aspek asuhan dan pelayanan di rumah sakit yang dapat dinilai/diukur. Bila seseorang dirawat di rumah sakit, maka yang diharapkan tentunya ada perubahan akan derajat kesehatannya. Bila yang diharapkan baik oleh dokter maupun oleh penderita itu sudah tercapai maka tentunya tidak ada seorang pun yang ingin berlama-lama di rumah sakit.

Outcome atau hasil akhir kegiatan dan tindakan dokter dan tenaga profesi lainnya terhadap pasien, dalam arti derajat kesehatan dan kepuasannya, termasuk juga aspek psikologis dan sosialnya adalah petunjuk efektif tidaknya proses kegiatan profesional di rumah sakit.

Rehabilitasi Medik adalah salah satu upaya kesehatan guna memulihkan fungsi-fungsi tubuh kembali seperti semula sehingga seseorang dapat hidup produktif atau lebih produktif. Upaya ini sudah dikenal lama dalam institusi kesehatan, tetapi kurang diberi prioritas karena terutama di negara-negara berkembang, masih banyak masalah penting lainnya yang memerlukan perhatian yang lebih banyak. Dengan semakin meningkatnya keinginan untuk memperoleh mutu hidup yang lebih baik, upaya rehabilitasi menjadi lebih penting.

Rehabilitasi medik pada masa lalu baru dilaksanakan pada tahap terakhir untuk menanggulangi kecacatan. Pada saat ini falsafah rehabilitasi telah berubah sehingga memungkinkan upaya rehabilitasi dilakukan lebih dini dan intensif, karena tujuannya untuk mencegah terjadinya kecacatan. Dengan demikian maka penderita penyakit yang sejak semula sudah diketahui kemungkinan bisa menjadi cacat, sudah mempunyai sarana untuk mencegah kecacatannya.

Menurut WHO prevalensi kecacatan di negara maju cukup besar yaitu sebesar 10 % dan di negara berkembang kurang lebih 7-10%. Menurut UNICEF diperkirakan 1 di antara 10 kelahiran hidup menderita kecacatan atau kelainan bawaan atau kira-kira 285.000 orang pertambahan penderitacacat atau kelainan bawaan per tahun di Indonesia. Prevalensi kecacatan di Indonesia di masa mendatang diperkirakan cenderung meningkat karena meningkatnya umur harapan hidup bangsa Indonesia, menurunnya angka kematian kasar serta angka kematian bayi dan anak, meningkatnya status gizi, kemajuan teknologi pelayanan kesehatan serta bertambah baiknya standar kehidupan. Prevalensi tersebut menjadi lebih besar pula karena terjadi pergeseran pola penyakit dari akibat kecelakaan karena majunya industri dan transportasi.

Makalah ini disusun dengan tujuan untuk menggambarkan keadaan penderita yang dirawat di rumah sakit untuk waktu lama dengan kemungkinan menjadi cacat dan sejauh maim peran rehabilitasi medik dengan sarananya dapat memulangkan pasien secara cepat untuk efisiensi rumah sakit serta memberi kesempatan bagi mereka untuk berobat jalan.

FAKTA DAN HARAPAN

Rehabilitasi Medik di rumah sakit, terutama di rumah sakit swasta sampai saat ini masih belum merupakan prioritas. Hal ini disebabkan karena pengertian rehabilitasi medik yang masih belum merata antara lain karena Rehabilitasi Medik belum secara formal diajarkan Fakultas Kedokteran dan prinsip-prinsip yang menjadi dasar perencanaan program Rehabilitasi Medik di rumah sakit masih belum dilaksanakan secara optimal, sehingga sampai saat ini rehabilitasi medik masih sering diiden-

tikkan dengan fisioterapi.

Di Rumah Sakit Pendidikan pelayanan rehabilitasi medik sudah lebih memadai karena tersedianya sarana dan tenaga ahli yang lebih lengkap. Di antaranya di Rumah Sakit Fatmawati yang dapat memberikan pelayanan rujukan rehabilitasi medik dan juga merupakan tempat pendidikan dan penelitian serta pengembangan di bidang rehabilitasi medik.

Meskipun demikian, rujukan yang dilakukan sering terlambat, sehingga yang dirujuk ke Rehabilitasi Medik adalah kasus-kasus yang sudah mempunyai kecacatan yang menetap. Kurang lebih 70% pasien yang dirawat di Unit Pelayanan Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Fatmawati, merupakan pasien rujukan dari rumah sakit lain dengan komplikasi akibat perawatan yang lama (dekubitus, kontraktur, *deconditioning syndrome*) (100%) Untuk kasus-kasus ringan memang cukup diberikan rehabilitasi sederhana misalnya dengan fisioterapi saja, tetapi untuk kasus-kasus yang sejak awal sudah diperkirakan akan menimbulkan kecacatan (misalnya *spinal cord injury*, *stroke*, *muscular dystrophy* dan lain-lain), maka tidak cukup dilakukan rehabilitasi sederhana.

PRINSIP DAN CARA KERJA

Nickel(1) mengemukakan bahwa terdapat dua prinsip yang menjadi dasar perencanaan program rehabilitasi medik. **Pertama**, memperkecil sebanyak-banyaknya cacat sisa (*sequelae*) yang ditinggalkan baik oleh trauma maupun penyakit. **Kedua**, komplikasi yang dapat dicegah (*preventable*) harus dicegah. Bila komplikasi itu terjadi, harus ditindak secara agresif.

Apabila dasar-dasar ini dilaksanakan, maka berarti pelaksanaan teknik rehabilitasi medik yang baik telah dijalankan untuk memperoleh efek yang maksimal dalam menurunkan LOS. Diharapkan rehabilitasi medik dapat diintegrasikan sejak dini dalam proses kuratif, sehingga perhatian terhadap keadaan patologi dan perhatian terhadap keadaan fungsi dapat dilaksanakan secara simultan dengan demikian akibat-akibat buruk yang disebabkan oleh immobilisasi lama dapat dicegah.

Lebih jelas lagi dikemukakan bahwa Rehabilitasi Medik merupakan program pengobatan yang dirancang untuk memperkecil konsekuensi cacat yang tetap atau ketidakmampuan yang berkepanjangan. Rehabilitasi medik berada pada tempat yang berbeda dengan pengobatan medik yang lazim (*Standard medical care*). Perbedaan ini terletak pada beberapa hal yaitu mulai dari orientasi masalah : pengobatan secara medik berorientasi pada penyakit, dengan asumsi bahwa fungsi akan kembali dengan sendirinya. Peran dokter juga berbeda; pada pengobatan medis dokter berperan sebagai pelaksana terapi yang aktif mulai dari pemeriksaan awal, menentukan pemeriksaan lanjutan, membuat diagnosis dan memberikan terapi. Dalam rehabilitasi medik, dokter lebih berperan sebagai koordinator dan fasilitator program dengan tidak melepaskan fungsinya sebagai dokter sesuai dengan pengetahuan medisnya.

Dalam pengobatan medis, peran pasien lebih pasif sedangkan dalam rehabilitasi pasien harus berperan aktif. Pada rehabilitasi medik komprehensif diperlukan suatu program multidisipliner dan perlu kerja sama yang baik antara dokter/dokter rehabilitasi

medik, dengan *allied health professionals* yang terkait (fisioterapis, terapis okupasi, terapis wicara, psikolog, pekerja sosial medik, ortotisprostetis dan perawat rehabilitasi medik).

Dalam pengobatan medis tidak terdapat tim secara formal sedangkan dalam rehabilitasi medik pekerjaan selalu dilaksanakan oleh tim secara bersama-sama. Tujuan pengobatan juga berbeda, pada pengobatan secara medis, tujuan terapi adalah mengobati penyakitnya, sedangkan pada rehabilitasi medik, tujuan terapi adalah untuk mengatasi ketidakmampuan yang diakibatkan oleh penyakit.

Pada prinsipnya peran rehabilitasi medik di ruang-ruang perawatan suatu rumah sakit merupakan suatu "*total care*". Dengan penguasaan dan pelaksanaan rehabilitasi medik yang baik, komplikasi yang mudah timbul pada perawatan, khususnya pada penderita yang memerlukan imobilisasi lama, dapat dihindari. Teknik perawatan penderita juga perlu diperhatikan.

Di Unit Pelayanan Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Fatmawati rehabilitasi medik dilaksanakan secara terpadu selama 24 jam. Perawatan dilaksanakan oleh perawat rehabilitasi medik dengan pengawasan seorang perawat rehabilitasi medik senior. (*Medical Rehabilitation Nurse*). Adanya pembina rawat rehabilitasi medik tersebut perlu untuk rumah sakit besar untuk efektifitas rumah sakit sehingga dapat mencegah komplikasi akibat rawat baring yang lama dan LOS dapat diturunkan.

Cara kerja rehabilitasi medik adalah secara tim. Sebelum penderita mendapat pelayanan rehabilitasi medik, penderita harus diperiksa oleh dokter. Apakah dokter tersebut seorang spesialis rehabilitasi medik atau bukan, tergantung dari situasi dan kondisi setempat, yang penting dokter tersebut mengerti mengenai prinsip rehabilitasi medik. Dokter akan menentukan apakah penderita ini merupakan kandidat rehabilitasi yang tepat. Pengetahuan tentang pasien apa yang merupakan kandidat rehabilitasi medik juga diperlukan oleh semua dokter karena tidak semua proses rehabilitasi komprehensif relevan dan efektif untuk setiap pasien. Dokter sebagai *team leader* akan memeriksa dan menentukan masalah yang ada pada penderita, kemudian masalah ini akan dievaluasi lebih lanjut oleh *allied health professionals* yang terkait (Perawat/Fisioterapis/Terapis okupasi /Terapis wicara/ psikolog/ortotis-prostetis/petugas sosial medik). Pemilihan *allied health professionals* yang terkait dalam menangani masalah juga memerlukan pengetahuan akan rehabilitasi medik yang memadai. Hal ini untuk mencegah *over utilization* sarana rumah sakit.

Setelah evaluasi, maka ditentukan *goal* /target/tujuan rehabilitasi. *Goal* ini ada tiga, yaitu *goal* pasien sendiri, *goal* dokter dan *goal* terapis. *Goal* ini disusun secara rinci menurut prioritas. Setelah itu baru ditentukan program rehabilitasi yang akan dilaksanakan. Kesepakatan ini dibicarakan dalam suatu *team meeting* yang dilakukan secara teratur baik formal maupun non formal.

Untuk *quality control*, maka dokter akan melakukan *reassessment*/pemeriksaan kembali, apakah *goal* yang telah disepakati telah tercapai, bila perlu ditingkatkan lagi. Adakalanya *goal* tidak tercapai, mungkin karena *goal* yang ditentukan kurang tepat, atau kondisi pasien berubah atau kesalahan pemilihan program, maka perlu dilakukan evaluasi ulang untuk menen-

tukan program yang baru.

Di Amerika pelayanan rehabilitasi medik sudah lebih maju. Demi meningkatkan hasil akhir, menurunkan *cost* dan menurunkan LOS, beberapa rumah sakit telah menggunakan *critical pathways* untuk program rehabilitasi medik. Dengan *critical pathways* ini semua rencana dari mulai penderita dirawat sampai *discharge plan* telah ditentukan sejak awal. Dari penelitian di Amerika ternyata rehabilitasi medik akan lebih efektif untuk efisiensi rumah sakit apabila diintegrasikan dengan proses kuratif sejak awal, dengan demikian perhatian terhadap keadaan patologi dan fungsi dapat dilakukan secara simultan dan akibat-akibat buruk yang disebabkan karena imobilisasi lama dapat dicegah, sehingga LOS dapat diturunkan.

PENUTUP

Dengan melaksanakan prinsip-prinsip rehabilitasi medik di ruang perawatan rumah sakit maka kita akan dapat meningkatkan

efisiensi rumah sakit di antaranya dengan menurunkan lama hari rawat (LOS). Untuk ini diperlukan pengetahuan tentang rehabilitasi medik yang memadai agar rehabilitasi medik dapat sedini mungkin dilaksanakan sejak penderita masuk rumah sakit.

KEPUSTAKAAN

1. Halstead LS. Philosophy of Rehabilitation Medicine. In: Medical Rehabilitation, Raven Press, New York, 1985, p 1-5.
2. Halstead L.S., Grabois M. Rehabilitation Specialists. In : Medical Rehabilitation, New York, Raven Press: 1985, p7- 11
3. Delisa JA et al. Rehabilitation Medicine: Past, Present, and Future. In : Rehabilitation Medicine : principles and practice, Philadelphia: J.B. Lippincott, 1988; p3 - 23
4. Curie DM, Marburger RA. Writing Therapy Referrals and Treatment Plans and Interdisciplinary Team. In: Rehabilitation Medicine : Principles and practice, Philadelphia: JB Lippincott, 1988; p.145-157
5. Critical pathway: Road maps to improve outcomes, reduce length-of stay *Id.*: Hospital Rehab (October) 1993; z (1)
6. Jacobalis HS. Program menjaga mutu (QA) Rumah Sakit. Kursus Quality Assurance Rumah Sakit, Pasca Kongres Persi 1990

