

EDITORIAL

Hak Istimewa Profesi dan Situasi Penanggulangan Kebutaan

Tujuan awal profesi kita adalah “mencegah atau me-rehabilitasi kebutaan”; sebagaimana terlihat pada edisi kali ini yang relatif di-dominasi oleh makalah Neuro Oftalmologi. Suatu bidang sub spesialisasi yang relatif kurang diminati dalam profesi kita. Makalah-makalah tsb jelas menunjukkan bahwa dengan berbagai dukungan peralatan diagnostik internal maupun external (radiology) yang mutahir, serta tindakan multi disiplin maka kita dapat mencegah terjadinya kebutaan. Disisi lain, bidang sub-spesialisasi ini juga terdapat pada disiplin spesialisasi Neurology, oleh karena itu kompetensi minimal profesi kita harus setara dengan kompetensi disiplin spesialisasi Neurology.

Berbeda dengan Kebutaan Kornea yang relatif sangat mudah di kenali, namun hanya dapat di rehabilitasi apabila ada ketersediaan kornea donor. Laporan terkait tindakan pencangkokan kornea menunjukkan dua sisi, yang menggembirakan dan menyedihkan. Kita gembira karena telah mampu mengikuti perkembangan dunia dengan teknik operasi cangkok lamelar lapisan endothel; tetapi, menjadi sangat prihatin karena penyebab utama kebutaan kornea tsb adalah iatrogenik. Analisa penyebab menunjukkan ketidak mampuan sistem *quality control* dan *quality assurance* dalam proses pendidikan dan pelatihan untuk mencapai kompetensi ahli bedah yang aman.

Hal ini merupakan sesuatu issue profesi yang serious, karena telah diangkat menjadi salah satu issue negatif terhadap kinerja dan kompetensi profesi kita di tingkat nasional terkait dengan dukungan pembiayaan dana BPJS; sehingga pada giliran-nya akan merugikan perkembangan upaya penanggulangan kebutaan secara nasional. Perkembangan serapan dana BPJS untuk profesi kita sejak 2014 tercatat sebagai salah satu peningkatan serapan dana yang melonjak tinggi terutama dikaitkan pada penggunaan teknik fako-emulsifikasi, adanya fraud dan tingginya klaim untuk operasi pterygium. Issue ini di-kemas dengan citra negatif ini, tampaknya berhasil menisbikan berbagai aspek holistik dari upaya penanggulangan kebutaan Indonesia yang guram di mata Internasional (IAPB).

Analisa situasi kebutaan di negara kita relatif “diam ditempat atau bahkan memburuk” sejak tahun 1976 dimana Kebutaan dinyatakan sebagai bencana nasional oleh Menteri Kesehatan saat itu, dan dikuatkan dengan hasil survey tahun 1982 yaitu sebesar 1.2% dan terus meningkat pada tahun 1994-1996 sebesar 1.5% dari penduduk Indonesia mengalami kebutaan. Namun pada kenyataan-nya upaya penanggulangan kebutaan, yang di dominasi oleh kebutaan katarak relatif hanya dilakukan oleh Seksi Penanggulangan Buta Katarak (SPBK) Perdami yang sejak tahun 1986 melakukan operasi katarak masal secara berkala di berbagai lokasi di Indonesia. Secara

politis Indonesia meng-adopsi resolusi World Health Organization “Vision 2020 - The Right to Sight” pada tahun 2002, yang di tanggapi oleh Kementerian Kesehatan dengan membentuk Komite Nasional Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan (PGPK) pada tahun 2005 dan di formulasi-kan dengan Rencana Strategi Nasional PGPK.

Namun, upaya ini berahir dengan sendiri-nya karena tidak adanya dukungan internal di KemKes yang menyatakan bahwa tingkat kebutaan Indonesia berdasarkan hasil Survei Kesehatan Nasional (Surkesnas) tahun 2007 hanya sebesar 0.9%. Nilai tsb didapatkan dengan kriteria asumptif dan tanpa melibatkan organisasi profesi kita. Metode evaluasi yang tidak valid tsb berlanjut dan menghasilkan angka kebutaan yang lebih rendah yaitu 0.6% pada tahun 2012. Keadaan berbalik, dengan hasil pembuktian bahwa kesesuaiannya (nilai Kappa) sebesar 0.4; dan dilanjutkan dengan hasil survey kebutaan sesuai dengan metode baku IAPB yaitu Rapid Assessment of Avoidable Blindness (RAAB) tahun 2014-2016 yang dilakukan pada beberapa propinsi menyatakan bahwa sedikitnya 3% penduduk Indonesia yang berusia diatas 50 tahun adalah penyandang tuna-netra.

Sebagaimana diketahui bersama penyebab kebutaan utama di seluruh dunia adalah kebutaan Katarak yang terkait erat dengan proporsi penduduk usia tua. Oleh karena itu, sejalan dengan kenaikan angka harapan hidup penduduk Indonesia dapat dipastikan angka kebutaan katarak kita akan terus pula meningkat; hal ini diperburuk dengan tendensi kenaikan kebutaan retina baik yang terkait dengan usia (AMD) maupun karena komplikasi penyakit Diabetes; penatalaksanaan jenis kebutaan ini yang hanya bisa dicegah ini tentunya membutuhkan sumber daya dan dana yang lebih rumit dan tinggi dibandingkan operasi katarak yang dapat merehabilitasi kemampuan penglihatan, produktivitas, dan kualitas kehidupan individu dan keluarga-nya.

Analisa data global mem-projeksi-kan bahwa telah terjadi dan akan terus terjadi peningkatan prosentase tenaga kerja usia lanjut (didas 60 th); bahkan di ber-bagai negara telah meningkatkan batas usia pensiun sehingga ratio penduduk usia produktif di negara tsb. tetap dominan dan menurunkan beban biaya negara. Dalam kaitan beban biaya, berbagai analisa data yang sah di negara maju telah menunjukkan bahwa besaran biaya operasi katarak hanya sebesar 18% dari biaya yang harus dikeluarkan negara apabila penderita tsb dibiarkan dalam keadaan buta. Hal itu berdasarkan data bahwa penyandang kebutaan cenderung lebih sering harus datang ke fasilitas kesehatan karena berbagai komplikasi medik, kejiwaan disamping kehilangan produktivitas anggota keluarga untuk mendampingi penderita. Disisi lain, kajian Bank Dunia telah menyatakan bahwa teknik operasi katarak adalah jenis operasi yang paling tepat biaya, karena hasilnya dapat langsung mengembalikan produktivitas penderita.

Saat ini, dengan sponsor BPJS sedang berlangsung suatu kajian biaya ketepat-gunaan teknik operasi fakoemulsifikasi dibandingkan dengan teknik operasi Extra Capsular Cataract Extraction (ECCE); yang sayangnya terkesan untuk menjadi dasar keharusan kita untuk kembali ke teknik ECCE. Issue lain yang berkembang adalah kemungkinan bahwa klinik tidak lagi boleh

melakukan tindakan operasi, serta klasifikasi sarana pelayanan berdasarkan jumlah tempat tidur, serta besaran biaya satu tarif. Hal-hal itu, semata-mata karena proporsi pembayaran biaya operasi katarak secara total dan biaya komplikasi-nya yang terus meningkat, serta adanya fraud; dengan relatif kurang melihat besaran jumlah penderita yang dapat dikembalikan produktivitas dan kualitas kehidupan-nya dalam waktu penyembuhan yang relatif singkat. Klasifikasi sarana pelayanan dan kemungkinan klinik tidak lagi boleh melakukan tindakan bedah, secara langsung terkait dengan profesi kita, karena perkembangan teknologi oftalmologi, cenderung micro invasive dengan anestesi lokal atau topikal sehingga tidak membutuhkan rawat inap. Besaran biaya satu tarif, dan kajian teknik operasi; juga terkesan bertolak belakang, tetapi hasilnya sama regulasi yang dis-insentif. Tegasnya, semua itu dibuat dengan dasar persepsi “kenaikan biaya” untuk oftalmologi.

Bagaimana sikap kita sebagai profesional dalam menanggapi perkembangan yang cenderung negatif tsb ? Marilah kita mempertimbangkan hal-hal berikut, profesi adalah pekerjaan, namun tidak semua pekerja adalah profesi; karena untuk melakukan hal tsb diperlukan pendidikan, pelatihan dan janji untuk memenuhi kewajiban terhadap masyarakat yang membutuhkan berlandaskan etika dan dengan semangat “masalah komunitas yang terkait pada profesi kita adalah tanggung jawab profesi”. Oleh karena itu, seorang profesional selalu dikaitkan dengan unsur pendidikan/pelatihan berkelanjutan, kompetensi / sertifikat, dan kewenangan / lisensi, serta keterikatan pada organisasi profesi.

Oleh karena, tujuan utama profesi kita adalah mencegah dan me-rehabilitasi kebutaan. Sudah seharusnya, dan saat nya kita secara sadar serta secara sistematis melakukan introspeksi, dan penataan internal untuk meningkatkan kompetensi dan etika sebagai landasan untuk menyatukan visi organisasi profesi. Kesatuan visi ini sangat diperlukan dalam menanggapi dan melakukan advokasi secara sistematis di semua lini, baik lokal maupun secara nasional untuk mengubah persepsi “kenaikan biaya” tindakan bedah katarak yang merupakan tindakan essential, menjadi persepsi “biaya investasi” atau minimal adalah “iur biaya” untuk meningkatkan kualitas kehidupan masyarakat dari sisi kemampuan penglihatan. Hal ini merupakan penjabaran bahwa *professional privilege* bukan merupakan hak, tetapi pengakuan masyarakat bahwa kita telah melakukan kewajiban kepada masyarakat.

Tjahjono D. Gondhowiardjo

EDITORIAL

Prevention of Blindness Situation and Professional Privilege

The basic paradigm of our profession are “blindness rehabilitation” and “prevention of blindness” could be seen in this edition, which is surprisingly dominated by the un-favorite Neuro Ophthalmology sub-speciality. Those manuscripts clearly showed that supported by cutting edge internal and external diagnostic devices and multi diciplines approach we successfully could preventing blindness. On the other side, due to the fact that in the Neurology dicipline there is a similar sub-speciality, thus we should reaching a minimal competency in Neuro Ophthalmology at least at similar level to their general competency.

In reverse is the relatively easy to be judge, the corneal blindness. However, visual rehabilitation could only be provide suppose that there is corneal donor avallability. There is a good news and bad news in the corneal tranplantation data reported in this edition; the good news is that we already been competent to do the sophisticated descemet endothelial automated keratoplasty, and sad to know that iatrogenic is a leading causes for corneal transplantation. These fact, indirectly referring to the weakness of our internal “quality control” and “quality assurance” process in professional knowledge, skill and attitude to achieve the state of “a safe surgeon”.

These is a serious profession’ issue, especially to the fact that it’s already coined as a negative perception to our national professional competency and achievement in relation to the reimbursement of cataract surgery from the Indonesian Social Security Administrator for Health (BPJS); which in turn might have an impact to the national prevention of blindness activitis. The rapid and steep raisement of reimbursement fund for ophthalmolgy problems since 2014; especially in relation to phacoemulsification cataract surgery, pterygium and medical fraud are the proper packaging for negative perception which successfully have an impact to the holistic and positive aspect of our effort to the prevention of blindness activity ; which unfortunately still classified “low” by International Agency in Prevention of Blindness (IAPB).

Situational analysis of the Indonesian Prevention of Blindness since the declaration that Blindness is National Disaster (1976) is actually “freezing or worsening”. In reality, the blindness rate found throught the Blindness and Eye Morbidity survey are respectively 1.2% (1982) and 1.5% (1986); while the real systematic action is only done by the Indonesian Ophthalmologist Association (IOA / PERDAMI) through the Prevention of Cataract Blindness section (SPBK)’ mass cataract surgery supported by donation from local Non Governmental Organization and private sectors in various location in Indonesia. In relation to the World Health Organization resolution “Vision 2020 – the Right to Sight”, Indonesian government reacting

politically by adopting it in 2002, and developed the National Strategic Plan in Prevention of Blindness and Visual Morbidity (2004) and established the National Committee (2005).

Sadly, that kind of activity is an abortive and faded out due to the fact that it were not integrated and no internal support from the Ministry of Health infra-structure, especially due to the result of the so-called Basic Health Reseach which stated that the Blindness rate was 0.9% (2007) and further decrease to 0.6% (2012). These results were base by an un valid methology and criteria, and not incorporated our profession. These situation was in reverse, after the validation survey conducted by our profession was found that the acceptance / Kappa level was only 0.4; followed by the IAPB blindness rate methology the 2014-2016 Rapid Assessment of Avoidable Blindness (RAAB) in most Indonesian province demonstrated that the blindness rate of upper 50 years population was 3.0%.

As we known, that the main causes of blindness in world is due to cataract, and it's a naturally related to ageing degenetion; thus, it's number will directly impacted by the elevation of the national life expectancy. Moreover, it's become worsening due to the diabetic complication and age related macular degeneration; a type of avoidable blindness which certainly need more delicate resources and higher cost of treatment as compared to the cataract surgery, which already proven to gain the visual acuity, productivity and improvement of quality of life.

Globally, there is a progressive elevation of percentage of older age workers; moreover, some countries have already set up a higher retirement age to prevent the productive age ratio and lowering the cost of retirement. Several developed countries have had cost of cataract surgery analysist, which in fact only 18% of the total cost supposed that they leaved the blind. The total cost of blindness are due to the fact that blind peoples are tend to have frequent visit to the health facilities in relation to medical and psychiatric problems, lost of productivity either the patients and the accompanying family member. On the other side, the World Bank have had stated that based on the impact to the individual productivity, that the cataract surgery is the most cost efficient surgery.

Recently, the BPJS are funding a study to compare the cost of cataract surgery, especially the Phacoemulsification techniques to the Extra Capsular Cataract Surgery; which unfortunately seems to bias to push us back to the extra caps techniques. Other trending issue are no more surgery in clinic, new classification of hospital based on ammount of beds, and single tariff for a certain disease or problems without considering it's difficulty level. The main reason's is the fact that the raised of proportion cost for total cataract surgery and it's medical complication and fraud; while, it seems blinded to the impact factor of the high number of those who could regain their productivity and quality of life in a short time. The new hospital classification and the proposition that no surgery in clinic will certainly have a negative impact to our profession since that we tend to do a minimally invasive intervention by using local or topical anaesthesia in ambulatory basis. Moreover, the single tariff proposition and the study in cataract surgery

techniques are substantially in contrary to each others, but certainly will have a similar impact; a dis-incentive regulation to our profession. In short, all are regulation or decision are based on perception “the progressive elevation of cost” for ophthalmology.

The question is how should we as professional reacting to these negative trend ? Let’s a take a short look on several considerations, such as Profession, profession is job where you get paid, however, not every job is a profession. A profession have to be based on education of spesific knowledge, skills training and a promise to the needy community based on altruism spirit that “profession-related’ community problem is our responsibility”. For those reason, a professional have to goes through continuing profesional training, certification and licensing, moreover become a member of it’s professional organization.

Since that the main aims of our profession are prevention and rehabilitation of blindness; thus, as a consequences, we have to aware that those professional thread will certainly have a negative impact to the needy community and to our self. In order to cope that threading issue; firstly, we have to revisite the professional organization vision through introspection the internal process and raising the competency bar, empowering our ethical committee, secondly. A solid organization vision is needed to do a systematic advocation to all national levels key leaders that the progressive increased of “treatment cost” though it is genuine, but have a false perception and will resulting in a negative general impact. Thus, such a perception should be change into a new paradigm, which is “investation cost”, or at least “cost sharing” in order to raising the community’ quality of life through a better functional visual capability. On the other side, such an activity is a realization that our professional priviledge is not a right, but community acknowledgement that we have fullfil our community responsibility.

Tjahjono D. Gondhowiardjo