

EDITORIAL

Dikotomi Paradigma dalam Pendidikan dan Pelayanan Oftalmologi

Edisi ini menampilkan dua makalah terkait dengan keberhasilan penatalaksanaan trauma bolamata yang dapat mengancam kebutaan. Makalah pertama menunjukkan pentingnya untuk segera melakukan pemeriksaan *neuro imaging* pada dugaan adanya benda asing intra okular, yang sangat membantu penatalaksanaan dan tindakan bedah selanjutnya. Makalah kedua, memperlihatkan bahwa pemberian methylprednisolon intra vena awitan dini (kurang dari 24 jam) pasca trauma tumpul pada syaraf optik (Neuropati Optik Traumatik) dapat memberikan perbaikan tajam penglihatan yang signifikan, walaupun tidak didapatkan adanya faktor-faktor yang bisa dijadikan sebagai prediktor. Disisi lain, ketebalan serabut syaraf retina (RFNL) di kuadrant temporal yang terlihat dengan pemeriksaan digital *Optical Coherence Tomography* (OCT) dapat menjadi prediktor fungsi penglihatan sentral pada penderita Non Arteritik Iskemik Neuropati (NAION). Secara tidak langsung, ketiga makalah tsb menunjukkan bahwa sekalipun mungkin terdapat ketergantungan kita pada bantuan pemeriksaan imaging digital, namun ketajaman eksekusi klinis tetap harus menjadi hal utama dalam penanganan kedaruratan penglihatan.

Kondisi pasien yang berpotensi menyebabkan kebutaan dan relatif sering dijumpai adalah ulkus kornea; yang menurut World Health Organization (WHO) merupakan penyebab kebutaan ke empat di dunia. Sayangnya, makalah deskriptif terkait ulkus kornea yang ditampilkan terasa penuh dengan duplikasi penampilan data (pada teks, grafik atau tabel), sehingga kita kurang dapat mengambil manfaat pembelajaran. Hal itu, disebabkan karena kurang menampilkan substansi yang seharusnya dapat di tonjolkan, yang justru mungkin menjadi faktor pembeda atau kesamaan (*compare and contrast*) dengan laporan serupa yang berasal dari insititusi dengan situasi dan lingkungan yang berbeda. Begitu pula dengan kesimpulan yang terasa datar dan umum. Makalah yang menunjukkan adanya keterkaitan yang bermakna pada aktivitas luar gedung yang kurang dari empat (4) jam per hari pada pelajar sekolah dengan kondisi myopia, kedalaman pembahasannya akan menjadi lebih tajam apabila dilakukan analisa bi variate. Issu yang menarik ini, telah menjadi dasar kebijakan dalam kurikulum pendidikan sekolah dasar di Negara maju, yang mengalokasikan sejumlah waktu tertentu bagi para peserta didik untuk beraktifitas /belajar diluar gedung.

Katarak, adalah keadaan yang hampir selalu terjadi pada penderita pasca vitrektomi, terutama dengan penggunaan minyak silikon. Tindakan fakoemulsifikasi merupakan *treatment of choice* untuk keadaan tsb, namun termasuk dalam katagori tindakan yang sulit; sehingga dalam era BPJS ini masuk dalam kriteria yang seharusnya di tangani pada rumah sakit rujukan tipe A. Artikel yang ditampilkan, menunjukkan bahwa tindakan fakoemulsifikasi terbukti dapat meningkatkan kemampuan penglihatan penderita dengan angka komplikasi yang rendah apabila dilakukan oleh operator yang handal, namun kemungkinan terjadi nya *re-detachment* terpantau meningkat pada penderita yang minyak silikon nya telah dikeluarkan. Hal ini merupakan suatu kenyataan dan implementasi langsung dari konsep “*volume pressure*” sebagai bagian dari homeostasis regulasi cairan akueous bolamata.

Perbedaan yang mendasar antara persepsi Rumah Sakit /dokter sebagai pemberi pelayanan dengan pasien sebagai pelanggan adalah dalam konteks harapan (*demand*) dan kebutuhan (*need*); kita menganggap bahwa baik pengobatan atau tindakan operatif yang tanpa komplikasi akan menyembuhkan dan telah memenuhi kebutuhan pasien. Sebaliknya, pasien (dan keluarga) merasa sembuh tanpa cedera (*patient's safety*) saja tidak cukup untuk memenuhi harapan/tuntutan mereka (*patient's satisfaction*) kepada pelayanan Rumah Sakit/dokter. Kerawanan tsb terlihat pada makalah yang menunjukkan ketidakpuasan pasien pada waktu tatap muka/konsultasi yang dirasakan terlalu singkat; kondisi tsb. cenderung rentan terhadap terjadinya kesalahpahaman (*mis-communication*), yang apabila ada pihak ketiga, seringkali berlanjut menjadi tuntutan hukum. Adanya perbedaan persepsi ini merupakan salah satu pekerjaan rumah yang mendesak, dan harus kita selesaikan secara sistematis untuk meningkatkan daya saing kita di era kompetisi pasar global yang sudah di ambang pintu; namun, di sisi lain, celah perbedaan persepsi tsb berpotensi akan semakin besar dan dalam, terbenam oleh carut marutnya penerapan sistem jaminan sosial saat ini, yang relatif membebani pelaku profesi dan *provider* kesehatan dengan berbagai jenis pekerjaan administratif, dengan penghargaan profesi yang minimal.

Isu harapan (*demand*) dan kebutuhan (*need*), adalah sesuatu kondisi yang mendasari setiap kondisi komunikasi interpersonal, maupun antara individu dengan institusi. Dalam sistem pelayanan kesehatan yang berjenjang, strata pelayanan kuratif (kedua dan ketiga) bertumpu pada "rumah sakit"; begitu pula dalam proses pendidikan tenaga medis dan paramedis. Disisi lain, pengertian rumah sakit secara harfiah, adalah tempat orang sakit mencari pertolongan, sehingga dalam tingkatan komunikasi terjadi kondisi komunikasi interpersonal *child to parent* yang tidak setara (pasien sebagai anak dengan dokter / paramedis sebagai orang dewasa). Ketidaksetaraan tingkatan komunikasi ini cenderung akan menyebabkan posisi dokter dan paramedis sebagai posisi yang "lebih tinggi" dan yang "memberi" pertolongan. Hal yang berbeda dengan Negara tetangga kita, dimana pelayanan kesehatan dilakukan di *hospital*, dengan akar kata dan dasar filosofis "melayani" (*host*), sehingga tuan rumah (para dokter/para medis) adalah menjadi "pelayan" dengan pola komunikasi *adult to adult* yang setara.

Ditinjau dari sisi pendidikan profesi, terdapat pula perbedaan filosofis dan kenyataan, di berbagai negara pendidikan akademik (dokter) adalah kewenangan institusi pendidikan (*university-based*); namun umumnya pendidikan profesi berada di rumah sakit (*hospital-based*) dengan kolegium/organisasi profesi sebagai penjamin kompetensi profesional individu (*quality assurance*). Manajemen Rumah Sakit/*hospital* sebagai sarana pelayanan medis yang "terbantu" oleh adanya peserta didik dalam proses pelayanan pelanggannya merasa ber-kewajiban untuk memberikan imbal jasa. Situasi tsb tentu jelas berbeda dengan sistem pendidikan profesi yang berlaku di Negara kita yang tercinta, dimana peserta pendidikan profesi "membayar biaya sekolah" ke universitas, dan rumah sakit sebagai institusi berbeda yang telah menyediakan berbagai pra-sarana, sumberdaya bahkan materi pendidikan (pasien) sebagai wahana pendidikan mendapatkan tenaga kerja yang "sukarela".

Situasi ini menjadi semakin rumit, apabila institusi pendidikan induknya (universitas) relatif kurang berperan dalam hal upaya pencapaian kompetensi profesi tsb; terutama dalam proses mempersiapkan kemampuan para pendidik, baik dari sisi penguasaan metodologi pendidikan dan dalam substansi keilmuan sub-spesifiknya serta dalam proses dan kualitas pendidikan-nya (*quality control*). Hal yang serupa dari sisi rumah sakit pendidikan, yang seyogyanya merupakan sarana pelayanan dengan kondisi

professional best practice dapat diterapkan, yaitu dengan adanya peralatan medik, ketersediaan beragam bahan habis pakai, serta sistem informasi dan komunikasi rumah sakit (*software*) yang mendukung. Disisi lain, dari sudut pandang manajemen rumah sakit, umumnya pelayanan Oftalmologi seringkali masih belum mendapat prioritas, yang berdampak pada alokasi pendanaan dalam pengadaan peralatan dasar apalagi peralatan sub-spesialistik yang terkini.

Secara umum, kita melihat dan merasakan bahwa “gerak langkah” dunia dipicu oleh perkembangan teknologi, terutama teknologi telekomunikasi yang menghubungkan kita kemana dan dimana-pun liwat internet dan sosial media di dunia maya, serta banjirnya informasi yang terkini; sehingga harapan dan tuntutan pasien akan terus meningkat. Disisi lain, dunia oftalmologi juga dipicu dengan kecepatan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran seperti penggunaan teknologi laser dan digital, yang harus kita akui membuat kita semakin sulit untuk men-sejajar-kan diri dengan perkembangan oftalmologi global, bahkan dengan Negara tetangga kita yang telah melaju sejalan dengan kemampuan ekonomi dan kemauan politis Negara nya.

Secara regional, kenyataan menunjukkan bahwa pada kedua kondisi tsb (perkembangan teknologi dan filosofi pelayanan) kita tertinggal dibandingkan dengan Thailand, Singapura, Malaysia, Phillipina; negara-negara tsb telah menjadikan pelayanan kesehatan bagi orang asing sebagai sumber pendapatan Negara (*medical tourism*). Data menunjukkan bahwa Thailand adalah pemeran utama industry kesehatan yang menerima sedikitnya 2.5 juta pasien asing, di-ikuti oleh Singapura dan Malaysia dengan 850 dan 583 pasien asing. Pada tahun 2016, sedikitnya 24% pasien asing di Singapura berasal dari Indonesia, dan 26% diantaranya adalah mereka yang mencari pertolongan di bidang oftalmologi. *Medical tourism* menjadi salah satu kebijakan yang di fasilitasi oleh pemerintah, sejak sekitar 15-20 tahun yang lalu sudah ada Direktur Jenderal Medical Tourism di dalam Kementerian Pariwisata Thailand, Singapura dan Malaysia. Perlu kita sadari, bahwa di Negara-negara tsb obat-obatan dan alat medis di bebaskan dari pajak; sedangkan di Indonesia hal itu justru termasuk katagori barang mewah.

Dengan demikian, jelas lah bahwa kondisi dan situasi lingkungan menuntut kita untuk berlari mengejar ketinggalan dan mencegah arus pasien Indonesia untuk berobat oftalmologi ke Negara tetangga tsb; atau sebaliknya, masuknya profesional dari Negara-negara tsb untuk melakukan pelayanan di dalam halaman rumah kita. Singapura sejak tahun 1997 telah mempunyai visi bahwa tujuh (7) jam terbang dari Negara tsb adalah halaman belakang (*backyard*) mereka. Hal itu, tentunya menuntut sikap bijak dan cerdas dari semua anggota profesi untuk menyatukan arah dan langkah pengembangan profesi kita bersama dalam kaitan mengedepankan organisasi profesi kita, sehingga mampu mengarahkan, membimbing dan melakukan berbagai advokasi ke supra struktur dan berbagai unsur penentu lain (stake holder) demi kemaslahatan masyarakat dan profesi kita bersama. Semoga!.

Tjahjono D. Gondhowiardjo