

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Faktor primer yang harus dipikirkan adalah kondisi pasien ketika masuk ke ICU, harapan hidup pasien setelah dirawat di ICU, teknologi dan fasilitas apa yang dibutuhkan oleh pasien, serta kondisi ekonomi dan finansial dari pasien, yang terangkum dalam asas prioritas ICU.³¹ Sayangnya, banyak dokter yang kurang memahami asas prioritas dan indikasi masuk tersebut. Banyak pasien yang sudah tidak ada harapan hidup dirujuk ke ICU, padahal ICU bukanlah tempat dari kasus terminal yang tidak ada harapan hidup,³ sedangkan beberapa pasien yang pada akhirnya juga membutuhkan ICU dengan indikasi medis yang tepat, harus menunggu tempat tidur kosong.^{2,31} Dari 200 pasien, setiap 3 pasien meninggal setiap jam menunggu karena tidak segera dimasukkan ke ICU². Menunggu tempat tidur kosong ICU menjadikan proses penanganan medis menjadi tidak efektif, padahal setiap detik sangat berharga bagi nyawa seseorang yang sedang dalam penanganan medis. Hal tersebut tidak akan terjadi apabila asas prioritas ICU benar-benar ditegakkan dan dipahami oleh pihak rumah sakit maupun keluarga.

Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) mengamanatkan bahwa seluruh rakyat harus memiliki perlindungan sosial untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak,⁴ maka sebagai kelanjutan terhadap perlindungan sosial rakyat, UU No.24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dimunculkan. Sesuai data Departemen

Kesehatan (2012) terhitung mulai 1 Januari 2014, BPJS bidang kesehatan akan diaktifkan.⁵ Langkah ini merupakan upaya menuju Jaminan Kesehatan Semesta (JKS) atau *Universal Health Coverage* (UHC).⁵

Menurut Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, sistem pembiayaan dari JKS merupakan sistem subsidi silang antara peserta yang sehat kepada yang sakit dengan cara mewajibkan seluruh peserta jaminan kesehatan untuk membayar kepada sistem JKS secara rutin sehingga ketika ada peserta jaminan kesehatan membutuhkan pembiayaan, mereka mendapat penanganan pelayanan kesehatan secara “gratis” dengan diambilkan dari pembayaran rutin peserta jaminan kesehatan dan juga anggaran negara tentunya.²⁵ Pada tahun 2019 diharapkan seluruh penduduk Indonesia telah menjadi peserta JKS. Selain karena berlandaskan tujuan negara untuk mensejahterakan rakyat, hal tersebut merupakan indikasi bahwa semua pembiayaan atas masalah kesehatan penduduk Indonesia akan disentralisasikan kepada 1 pihak melalui sistem JKS termasuk pembiayaan di ICU. Padahal ICU sangat identik dengan biaya yang mahal dengan mortalitas pasien yang tinggi,^{6,7} sedangkan keakuratan menentukan keefektifan biaya perawatan di ICU masih sulit, mengingat tidak ada metodologi internasional yang disepakati untuk menghitungnya.⁸ Selain itu biaya perawatan ICU setiap pasien jelas berbeda, bukan karena sekedar lama waktu rawat pasien yang berbeda, tetapi mengingat teknologi serta perawatan yang digunakan antar pasien yang berbeda pula.^{8,9}

Terlepas dari sistem pembiayaan JKS yang sedang menjadi wacana di dalam negeri, di kancah internasional evaluasi tentang biaya perawatan sedang menjadi

perhatian terkait input klinis pasien dengan output klinis pasien setelah dirawat di rumah sakit, terutama perawatan di ICU.¹⁰ ICU dikenal sebagai bagian dari rumah sakit yang *high cost* karena fasilitas dan pelayanan multi profesional. Penelitian oleh *European Society of Intensive Care Medicine* sedang mengembangkan suatu metode untuk menghitung biaya rawat ICU di negara-negara di Eropa sehingga efektivitas ICU secara klinis dapat diperbandingkan antar negara.⁸ Meskipun demikian, metode baku untuk menghitung biaya perawatan di ICU belum ditemukan.⁸

Mengacu pada visi RSUP dr Kariadi menuju rumah sakit berstandar internasional sesuai *Joint Commission International (JCI) Accreditation Standards for Hospital*, maka sesuai poin *Management of Communication and Information (MCI)* pada JCI edisi keempat, pihak rumah sakit perlu mengusahakan informasi yang lengkap dan adekuat kepada pasien, serta pihak rumah sakit perlu meningkatkan kualitas kinerja dari ICU.¹¹ Berdasarkan hal tersebut, pihak rumah sakit membutuhkan suatu sistem informasi yang terperinci dan akurat mengenai pembiayaan untuk pasien, termasuk pasien ICU, di samping komunikasi dengan pasien dan keluarganya mengenai kondisi klinis pasien itu sendiri, sehingga diharapkan pembiayaan juga dapat digunakan untuk merencanakan suatu perawatan klinis kepada pasien. Proses perawatan akan berjalan dengan lebih efektif apabila suatu perawatan lebih terancang. Faktanya, di Indonesia, penelitian mengenai biaya perawatan di bidang kesehatan masih sangat minim. Indikasi memasukkan pasien ke dalam suatu perawatan hanya selalu dilihat dari sisi klinisnya, tanpa memperhatikan finansial pasien. Masih banyak penelitian di bidang kesehatan mengenai efektivitas

pelayanan di rumah sakit, khususnya di ICU hanyalah terbatas pada melihat input pasien dengan output klinis.

Berdasarkan hal tersebut, analisis biaya perawatan pasien di ICU RSUP dr.Kariadi sangat diperlukan untuk kemajuan kualitas suatu sistem pelayanan kesehatan sesuai visi menuju standar rumah sakit *Joint Commission International*. Selain itu, penelitian ini akan bermanfaat untuk menilai secara komprehensif efektivitas perawatan pasien tidak hanya dari segi klinis, tetapi juga dari segi biaya perawatan pasien dan dapat diterapkan di rumah sakit lainnya di Indonesia dalam menyongsong Jaminan Kesehatan Semesta 2014.

1.2 Permasalahan penelitian

Bagaimana hubungan antara biaya perawatan dan hasil perawatan pasien medikal di ICU RSUP dr. Kariadi?

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengetahui hubungan antara biaya perawatan dan hasil perawatan pasien medikal di ICU RSUP dr Kariadi.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik pasien medikal di ICU dengan output klinisnya.
2. Menghitung biaya perawatan pasien medikal di ICU.

1.4 Manfaat penelitian

Bagi Peneliti

Penelitian ini merupakan media untuk menuangkan ide atau gagasan berdasarkan teori yang didapat di perguruan tinggi, dan *issue* yang berkembang di masyarakat. Ini adalah kesempatan untuk membuktikan secara langsung ide tersebut. Selain itu, penelitian ini juga dapat menambah pengetahuan terutama tentang penggunaan ICU dikaitkan biaya perawatan di ICU yang terkenal tinggi.

Bagi Pasien ICU dan Keluarga

Biaya perawatan yang ada memberikan gambaran lebih nyata mengenai biaya perawatan di ICU dan dapat dijadikan parameter tambahan perlu/tidaknya pasien dirawat di ICU, melihat dari kondisi klinis dan kondisi finansial yang ada.

Bagi Dokter dan Rumah Sakit

Hasil penelitian ini berguna untuk penilaian dan peningkatan kualitas rumah sakit serta tenaga professional yang bekerja di dalamnya, serta sebagai bahan pertimbangan memasukkan pasien ke dalam ICU sesuai indikasi medis dan harapan hidupnya. Selain itu, rumah sakit juga dapat meningkatkan kualitas menuju standar rumah sakit *Joint Committee International* (JCI).

Bagi Pihak Lain

Bagi peneliti selanjutnya, penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi penelitian-penelitian lebih lanjut melalui perbaikan metode-metode yang ada, serta pengembangan di rumah sakit lain mengenai analisis biaya perawatan dan hasil perawatan di ICU.

1.5 Keaslian penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No.	Nama penulis, Judul Artikel, Nama Jurnal, Tahun penerbitan, volume	Metode Penelitian, desain, subyek penelitian	Hasil penelitian
1.	Vera, dkk. Karakteristik Pasien Usia Lanjut di Ruang Rawat Intensif Rumah Sakit Immanuel Bandung. Jurnal JKM. Vol.10.No.2 Februari 2011:110-119 ¹⁷	Desain penelitian potong lintang. Penelitian ini menggunakan kuesioner untuk memperoleh informasi keadaan medis pasien dan wawancara kepada keluarga pasien. Subyek: Usia lebih atau sama dengan 60 tahun yang dirawat di ruang rawat intensif RS Immanuel Bandung karena indikasi nonbedah selama periode 1 Agustus 2009 – 31 Januari 2010.	Faktor-faktor yang mungkin mempengaruhi hasil rawat pasien usia lanjut di ICU adalah usia ≥ 80 tahun, status fungsional ADL ≤ 10 , dan lama rawat 0 -1 hari atau >7 hari. Rata-rata biaya yang dihabiskan pasien adalah Rp13.856.131,25
2.	Vosylius, dkk. <i>Determinantsof outcome in elderly patients aditted to the intensive care unit.</i> Jurnal <i>British Geriatrics Society.</i> 2005. Vol 34 No.2. Hal 156-162. ¹⁹	Metode membandingkan karakteristik klinik pasien dibagi berdasarkan kelompok usia. Desain kohort observasional prospektif. Sampel pasien ICU >60 tahun di RS Vilnius University, Lithuania.	Morbiditas dan mortalitas pada pasien yang lebih tua lebih tinggi daripada pasien lebih muda. Faktor terpenting berhubungan dengan keparahan penyakit, tingkat kesadaran, dan infeksi penyerta di RS.

Penelitian kali ini berbeda dengan penelitian sebelumnya. Pada penelitian kali ini, desain yang digunakan adalah desain kohort. Subyek penelitian pada

penelitian sebelumnya lebih banyak mengeksplorasi pasien ICU berdasarkan usia, sedangkan kali ini subyek penelitian tidak hanya didasarkan pada usia saja, tetapi juga kondisi klinis lainnya. Penelitian kali ini juga ingin menganalisis peran biaya perawatan terhadap hasil perawatan yang belum ada pada penelitian-penelitian sebelumnya. Penelitian sebelumnya hanya mencantumkan besar nominal biaya perawatan tanpa merinci pengeluaran setiap kebutuhan pasien dan kaitannya terhadap pemulihan kondisi pasien dan tanpa adanya analisis adanya hubungan atau tidak antara biaya dengan tingkat keparahan pasien, hubungan antara biaya dengan hasil perawatan pasien, dan hubungan antara biaya perawatan dengan jenis penyakit tertentu.