

EVALUASI IMPLEMENTASI PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL TERHADAP PASIEN STROKE DI RSUP Dr. SARDJITO

EVALUATION RESEARCH OF UNIVERSAL HEALTH COVERAGE FOR STROKE CARE IN THE SARDJITO GENERAL HOSPITAL

Muhammad Dahlan¹, Ismail Setyopranoto², Laksono Trisnantoro³

¹Mahasiswa Magister Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

²Bagian Neurologi, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

³Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: Since 2014, Indonesia has implemented universal health coverage. In Indonesia, it was named as Jaminan Kesehatan Nasional or JKN. "Quality control and cost control" is the tagline of these program. Health provider such as doctors, nurses and the others health provider must control the quality and the cost of the patient's treatment. Stroke, as one of the disease which needed such a complex treatment, must be treated as effective as possible.

Aim: The aim of this study is evaluating the implementation of the JKN in stroke care especially in Central hospital. Measuring the quality of the care in stroke unit is compulsory in implementation research. Knowing acceptability and fidelity of the rules from JKN by the doctors must be described.

Method: This study is mixed method with sequential explanatory design. The qualitative research was a cross sectional research which began in June 15th- July 31st. Interview from three doctors in stroke unit Sardjito General Hospital were performed to know the acceptability of the program.

Result: The quality of care in Unit Stroke RSUP Dr. Sardjito from the doctors are good. Rationalization of the drugs and safety of the patients were prioritized. From that conditions the unit got a debt condition. The financial performance from one patient could get debt up to eleven million rupiahs. From the qualitative research, the acceptability of the national formulation slightly didn't accept by the doctors. Neuro protector and another kind of drugs isn't on the list. rtPA which can be found in the list is too expensive. Reimbursement from the BPJS was too low. Homecare as one the rehabilitation isn't covered by BPJS. Back referral system to general practitioner isn't accepted by the neurologist because of the lack of the facility in puskesmas or PPK I. Research and education in academic hospital didn't do well because of the lack of patients.

Conclusion: National formularies are needed to revised based on the patients need. Reimbursement from BPJS should be higher than before. Homecare patients should be guaranteed by BPJS.

Keywords: *Universal health coverage, stroke, quality care, implementation research*

ABSTRAK

Latar Belakang: Era baru program asuransi kesehatan nasional mulai 1 Januari 2014 yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang mempunyai target bahwa seluruh masyarakat

telah menjadi peserta BPJS pada tahun 2019. Apresiasi diberikan kepada pemerintah atas usahanya melaksanakan JKN. Dalam pelaksanaannya, evaluasi perlu dilakukan terhadap program ini. Stroke sebagai salah satu penyakit mematikan dan perlu manajemen yang menyeluruh patut untuk dievaluasi. Penerimaan penyedia pelayanan kesehatan dalam hal ini dokter perlu diidentifikasi.

Tujuan: 1) Mengukur kinerja pelayanan; 2) Mengukur kinerja keuangan; 3) mengetahui penerimaan dan ketaatan pemberi pelayanan terhadap aturan

Metode: *mixed method* dengan desain sekuensial ekplanasi. Penelitian kualitatif merupakan *cross sectional* dimulai 15 Juni – 31 Juli. Interview dengan tiga dokter di Unit Stroke Rumah Sakit Umum Pusat Sardjito dilakukan untuk menggambarkan penerimaan.

Hasil: Mutu pelayanan penyakit stroke sudah sesuai dengan mutu standar. Rasionalisasi obat, maupun pemulangan pasien tetap sesuai standar. Performa keuangan dari Unit Stroke mengalami kerugian. Penerimaan dari para dokter terkait beberapa aturan seperti sistem rujukan dan standar tarif belum diterima sepenuhnya

Kesimpulan: Permasalahan program Jaminan Kesehatan Nasional masih terjadi. Perbedaan persepsi antara pembuat aturan dengan pemberi pelayanan masih menonjol. Performa keuangan dari unit stroke mengalami kerugian walaupun mutu pelayanan sudah dilakukan secara optimal. Sistem rujukan terutama rujuk balik belum dapat dirasa layak oleh para dokter karena keterbatasan di PPK I. Pelayanan *home care* yang biasa digunakan tidak dapat optimal karena peserta asuransi belum mendapatkan jaminan untuk memperoleh pelayanan *home care*.

Kata Kunci: *jaminan kesehatan nasional, stroke, quality care, implementation research*

PENGANTAR

Sejak tanggal 1 Januari 2014, pelayanan kesehatan untuk Warga Negara Indonesia mengalami perubahan signifikan dengan adanya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Jaminan Kesehatan Nasional merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib

(*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang No. 40/2004. UU No. 40/2004 tentang SJSN bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Penyelenggaraan program JKN diampu oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS, selaku badan hukum yang mengatur sistem pelayanan dari program JKN, membuat alur pelayanan yang berubah dari sistem pelayanan yang lama. Proses pelayanan kepada pasien dari penyedia jasa layanan banyak mengalami perubahan. Perubahan yang dialami oleh penyedia jasa layanan kesehatan antara lain: 1) sistem pembayaran yang dahulunya *out of pocket* menjadi sistem paket diagnosis, 2) persepsian oleh dokter yang sebelumnya berdasarkan kompetensi dokter menjadi sistem persepsian mengikuti formularium nasional, dan 3) sistem rujukan dimana pasien harus mendaftar dulu di pelayanan tingkat pertama/ Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Dengan adanya implementasi Program JKN, maka implementasi program layanan yang diberikan juga tetap harus terjaga. Beberapa berita tentang implementasi program JKN menandakan adanya kesenjangan terhadap pelayanan kesehatan. Sistem rujukan yang dirasa oleh pengguna layanan kesehatan terlalu menyita waktu sampai *reimburse* dari BPJS yang dirasa kecil oleh penyedia layanan kesehatan merupakan beberapa kendala dalam implementasi program JKN. Hasil pelayanan yang diharapkan lebih baik menjadi berpotensi berubah lebih buruk dengan adanya permasalahan-permasalahan. Dengan terdapatnya beberapa permasalahan tersebut maka perlu pengembangan kebijakan dari BPJS maupun revisi dari prosedur. Permasalahan yang timbul mampu mengurangi mutu pelayanan. Semakin berat suatu penyakit jika mutunya berkurang maka akan memperburuk kondisi akhirnya.

Stroke selaku penyakit yang berisiko tinggi sebagai salah satu contoh dari efek perubahan dari aturan JKN ini. Penyakit stroke sendiri membutuhkan koordinasi antar multidisiplin keilmuan¹. Hal tersebut dikarenakan pada penyakit stroke ada masalah internal yang saling terkait yaitu; faktor resiko, perburukan, komplikasi, rehabilitasi medik dan *homecare* atau perawatan di rumah. Sebagai konsekuensinya, persepsian obat dan dokter yang mengelola harus benar-benar kompeten. Di Benua Eropa, pelayanan stroke telah

terstandarisasi dengan Deklarasi Helsingborg 2006 dengan lima tujuan pelayanan stroke yaitu, organisasi pelayanan stroke, manajemen akut stroke, prevensi, rehabilitasi dan evaluasi penilaian hasil perawatan². Membandingkan dengan kondisi tersebut, mutu dari sumber daya manusia dalam pelayanan penyakit stroke di Indonesia selainya dapat mengikuti kebutuhan.

Sesuai uraian tersebut, perubahan di era JKN ini selainya membawa perbaikan dalam pelayanan. Sehingga penulis melihat perlunya dilakukan evaluasi lebih lanjut dari program JKN terhadap pelayanan penyakit stroke. Penggunaan penelitian implementasi sebagai cara evaluasi pelaksanaan JKN dalam pelayanan penyakit stroke di Unit Stroke RSUP Dr. Sardjito dapat digunakan.

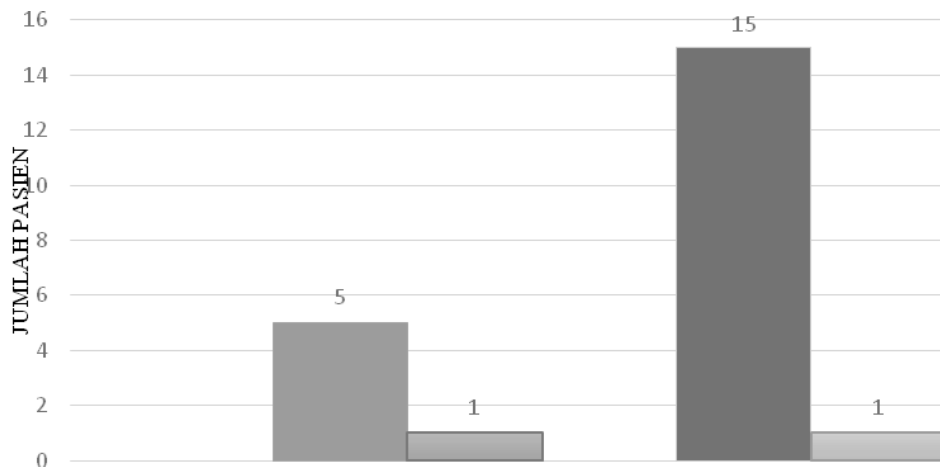
BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan jenis rancangan *mixed method*. Rancangan *mixed method* merupakan gabungan dari kualitatif dan kuantitatif. Penelitian kuantitatif deskriptif dalam penelitian ini digunakan untuk menggambarkan ketaatan dokter dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Penelitian kualitatif digunakan untuk melingkupi luasnya area penelitian baik dari pendekatannya maupun metodenya. Penelitian kualitatif mampu menyediakan informasi secara kontekstual, menyediakan penjelasan dari berbagai alasan dan hubungan, mengevaluasi keefektifan serta membantu mengembangkan teori.

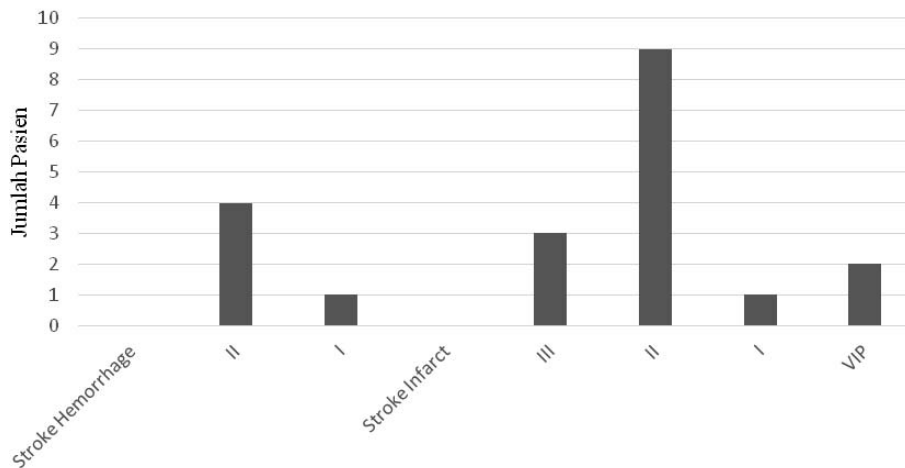
Studi kuantitatif dilakukan pada kurun waktu 15 Juni 2016- 31 Juli 2016. Data berupa data deskriptif yang menggambarkan mutu pelayanan berdasarkan JKN dalam kurun waktu penelitian. Studi kualitatif dilakukan untuk mendapatkan penjelasan tentang kondisi dari data kuantitatif. Aspek lain yang tidak dapat tergambarkan dalam studi kuantitatif juga menjadi data dalam studi kualitatif.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Periode penelitian kuantitatif adalah 15 Juni 2016 sampai 31 Juli 2016. Dari rentang waktu tersebut, peneliti mengobservasi pelayanan di Unit Stroke. Sesuai kategori, stroke secara umum dibedakan menjadi stroke hemorrhage dan stroke infarct. Pada periode penelitian tersebut peneliti mengobservasi 22 pasien yang terbagi menjadi pasien kelas III, kelas II, kelas I dan kelas VIP. Data pasien yang dirawat di Unit Stroke RSUP Dr Sardjito periode 15 Juni – 30 Juli 2016 digambarkan



Gambar 1. JKN Umum Stroke Hemorrhage



Gambar 2. JKN Umum Stroke Infarct

sebagai berikut

Dari pasien peserta JKN yang dirawat dengan kondisi stroke hemorrhage 4 pasien dirawat di kelas II dan 1 pasien di kelas I. Pada pasien stroke infarct 3 pasien di kelas III, 9 pasien di kelas II dan 1 pasien di kelas I. Dua orang lagi adalah peserta JKN untuk kelas I dan menggunakan fasilitas untuk naik kelas menjadi VIP sehingga nantinya akan dikenakan tambah bayar.

Pada pasien *stroke hemorrhage* dari lima pasien peserta JKN semua dapat pulang dan satu pasien umum yang dirawat selama dua hari meninggal. Variasi lama rawat inap pada pasien *stroke hemorrhage* sangat bervariasi. Lama rawat inap tersingkat delapan hari dan lama rawat inap terlama 15 hari.

Dari data pada pasien *stroke infarct*, dari 15 pasien, peserta JKN 12 pasien dipulangkan dan 3

pasien meninggal (20%). Ketiga pasien tersebut telah dirawat selama 3, 4 dan 7 hari. Pasien yang dirawat 3 hari tersebut merupakan pasien kelas III dan dua pasien lainnya merupakan pasien kelas II. Sedangkan, 2 pasien lainnya satu pasien umum dirawat selama dua hari dan meninggal.

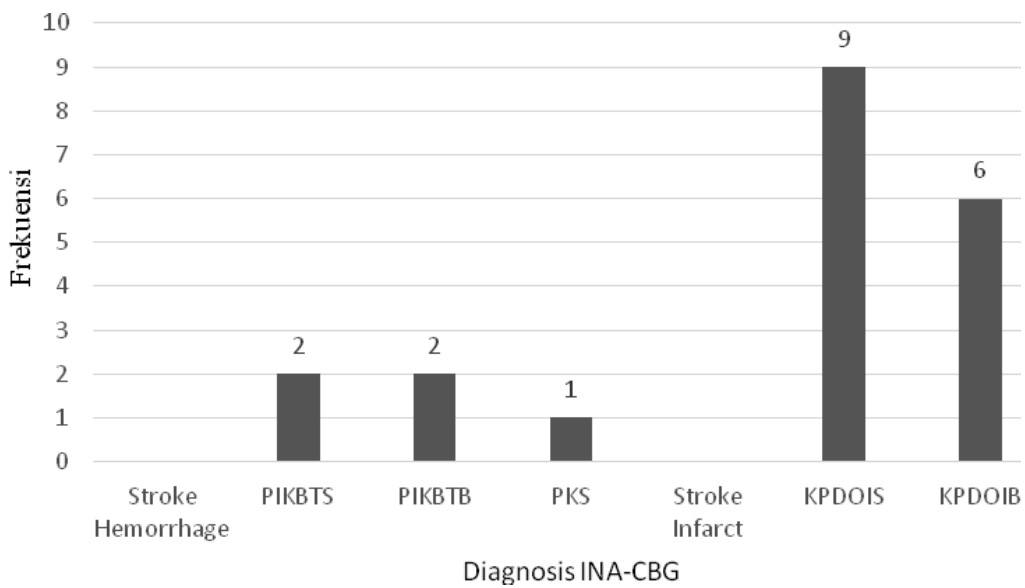
Mutu Pelayanan Pasien Stroke

Sebagai peserta JKN, para pasien oleh pemberi pelayanan selainya diberi obat yang mengikuti formularium nasional. Peneliti melakukan pengecekan apakah obat-obat yang diberikan sudah sesuai formularium nasional. Dari hasil pengamatan didapatkan bahwa mutu pelayanan di Unit Stroke berdasarkan petunjuk dari ASA dan ketaatan pada formularium nasional sudah banyak yang ditaati. Pasien yang mendapatkan obat diluar formularium nasional yaitu *ceremax* dan *acetylcoline*. *Ceremax* merupakan nama

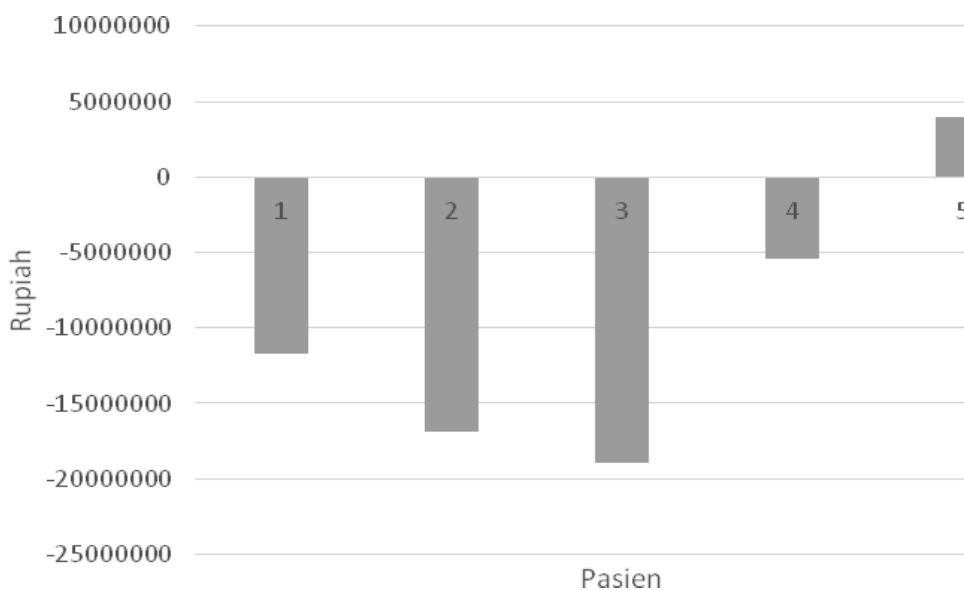
dagang dari nimodipin. Nimodipin merupakan obat anti hipertensi juga dapat berpotensi menjadi neuroprotektan. Oleh dokter obat tersebut diberikan selama 4 hari dari masa rawat inap yang 14 hari. Dalam aturan formularium nasional, nimodipin hanya diperuntukan untuk pendarahan *sub arachnoid*. Bentuk obat yang dapat diberikan adalah bentuk sal selaput 30 mg atau inf 0.2mg/mL. Kesimpulan lain dari data tersebut, beberapa pasien yang di kelas II maupun kelas I tidak mengalami perbedaan perlakuan dalam pengobatan.

Sedangkan mutu pelayanan pada pasien

stroke infarct terhadap 15 pasien JKN dan 1 pasien umum tidak ada perbedaan. Dalam pemilihan obat baik untuk kontrol tensi, kontrol hyperlipidemia dengan statin maupun antiplatelet tidak ada obat yang diluar formularium nasional. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa ketaatan terhadap formularium nasional maupun mutu pelayanan untuk pasien stroke infarct dapat dikategorikan baik. Pemberian obat sesuai kondisi pasien dapat disimpulkan telah sesuai praktek berbasis bukti. Hal ini dapat menjadi dasar kesimpulan terhadap



Gambar 3. Diagnosis INA-CBG Pasien Stroke Periode 15 Juni -31 Juli 2016



Gambar 4. Finansial Pelayanan Pasien Stroke Hemorrhage Periode 15 Juni – 31 Juli 2016

rasionalisasi pemberian obat yang dilakukan oleh dokter

Diagnosis Pasien INA-CBG

Dalam era JKN yang menggunakan INA-CBG, para pasien yang dirawat di Unit Stroke RSUP Dr. Sardjito akan digolongkan system pembayarannya berdasar diagnosisnya atau tindakan yang dilakukan oleh pasien tersebut. Dari populasi penelitian ini dimana ada 5 pasien stroke hemorrhage dan 15 pasien stroke infarct. Dikategorikan oleh penjaminan seperti pada gambar 3.

Untuk pasien stroke hemorrhage, 2 orang pasien dikategorikan pendarahan intra kranial bukan traumatic sedang, 2 orang pasien dikategorikan pendarahan intra kranial bukan traumatik berat dan 1 orang dikategorikan pasien dengan prosedur kraniotomi sedang. Dari 15 pasien stroke infarct, 9 pasien dikategorikan kecederaan pembuluh darah otak infarct sedang dan 6 orang dikategorikan kecederaan pembuluh darah otak infarct berat. Salah satu pasien stroke yang dikategorikan kecederaan pembuluh darah otak infarct berat tersebut menderita komplikasi penyakit yaitu *systematic lupus erythematosus*. Dari ke-20 pasien tersebut dana pelayanan akan diganti oleh BPJS selaku pemegang kewajiban bayar untuk peserta BPJS. Sedang tagihan dari penyedia pelayanan juga sudah dipastikan. Dari hasil tagihan dan penggantian dana pelayanan oleh BPJS akan terdeskripsikan finansial pelayanan.

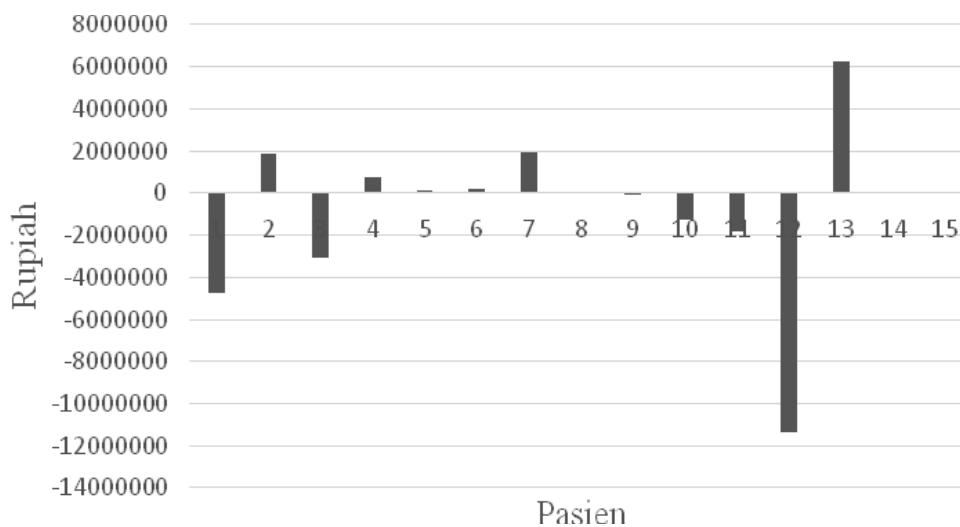
Dapat disimpulkan dari gambar 4 bahwa pelayanan untuk pasien stroke hemorrhage secara total terjadi selisih negative antara total biaya

pelayanan dan standar tarif dari BPJS. Keuntungan didapat oleh pasien yang didiagnosis INA-CBG sebagai pasien dengan prosedur kraniotomi sedang. Sedangkan, pasien yang tidak mengalami pembedahan secara finansial masih terdapat selisih negatif. Kerugian terbesar tercatat Rp18.959.797,00 dan keuntungan Rp4.018.422,00.

Pada pelayanan pasien stroke infarct 6 pasien secara finansial menyebabkan selisih positif antara biaya pelayanan dan standar tarif unit, sedangkan 6 lainnya masih mengalami selisih negative, 3 pasien lainnya impas karena 2 pasien tersebut adalah pasien VIP yang berkewajiban harus membayar biaya naik kelas yaitu Rp7.670.567,00 dan Rp8.107.960,00. Keuntungan terbesar Rp6.238.009,00 sedangkan selisih negatif terbesar tercatat Rp11.336.163,00. Selisih yang tinggi ini dikarenakan pasien juga mendapat pengobatan untuk *systematic lupus erythematosus* yang memang membutuhkan pengobatan yang cukup mahal.

Kesimpulan Data Kuantitatif

Data kualitatif tersebut dapat disimpulkan bahwa: 1) Secara umum, penggunaan obat untuk pelayanan di Unit Stroke sudah sesuai mutu pelayanan pengobatan berbasis bukti dan mengikuti aturan formularium nasional, 2) Lama rawat inap sangat bervariasi baik pasien stroke hemorrhage maupun stroke infarct, 3) Pelayanan untuk pasien JKN dengan komplikasi akan rentan terhadap perbedaan kualitas baik finansial maupun mutu pelayanan, 4) Untuk mencapai pelayanan paripurna pasien post stroke mendapatkan rehabilitasi dan rekoverti, dan 5) Secara umum,



Gambar 5. Finansial Pelayanan Pasien Stroke Infarct Periode 15 Juni -31 Juli 2016

finansial Unit Stroke mengalami selisih negatif dalam penggantian dana.

Penerimaan Formularium Nasional

Pemberian obat sebagai salah satu indikator mutu pelayanan dalam rumah sakit dibuktikan dalam penelitian ini telah sesuai mutu yang ditentukan. Selain menjaga mutu, para dokter juga harus mengikuti aturan-aturan terkait formularium obat nasional. Dalam peraturan fornasi yang dijalankan oleh para dokter tersebut, para dokter berpendapat:

“...untuk obatnya sendiri, biasanya yang pasien-pasien dengan JKN itu pedomannya kan pertama, adalah Standar Pelayanan Medis kan di Sardjito. Kemudian yang kedua, kita juga tidak lepas dari Formularium Nasional, Fornasi.” “...Cuman ada beberapa kendala yang mungkin terjadi adalah, ada sebagian obat yang dibutuhkan tapi tidak masuk formularium.”

“...sudah masuk di guideline-nya bahkan untuk penanganan stroke pada fase akut. Juga, acetylcholine. Kemudian untuk piracetam itu sudah terbukti pada kasus-kasus yang, e..., untuk gangguan fungsi bahasa. Itu sudah terbukti. Tapi kenyataannya di Fornasi belum, belum masuk. (S2)

Hal ini sejalan dengan narasumber 3:

“...seperti pemberian acetylcholin, dan untuk yang nganu, itu tidak masuk dalam BPJS. Apa perlu penelitian lebih lanjut, atau gimana, kenapa itu tidak masuk.

Untuk..., yang..., kan ada yang stroke pendarahan, a..., apakah sudah masuk atau belum itu, pakai Nimotop, Syringepump, itu sudah masuk atau belum, saya belum tahu.

Kalau yang invak, e..., yang ada hanya, apa, e..., Antiplatelet. Yang untuk, untuk apa, untuk otaknya, belum, belum, masuk di situ... (S3)

“...menyulitkan. Kita bingung jadi, mau terapinya apa ini. Paling-paling nanti kita kasih vitamin aja nanti ya. Hehe.” (S3)

Adapun menurut narasumber pertama, yang lebih menyoroti pada perhitungan biaya yang tidak bisa tercakup terutama pada pengobatan fase akut:

“Tetapi, itu harga obat yang sepertinya tidak mempengaruhi plafond yang dijamin oleh BPJS. Jika pasien itu misalnya harus ditangani dengan pemberian Trombolisis rtPA, pasien itu dengan jaminan BPJS melebihi plafond...” (S1)

Adapun obat-obat dalam fase akut serta post stroke yang tidak dapat digambarkan dalam penelitian kuantitatif juga diutarakan oleh narasumber

“Kalau di Unit Stroke kan, obat-obat yang fase akut kan? Fase akut. Kalau yang rawat jalan ya obat-obat untuk yang pencegahan dan penghindaran faktor

resiko.”

“...Khususnya obat-obat neuroprotektan” (S2)

“Post-stroke kan, tinggal, tinggal ngawasi faktor-faktor resiko-nya. Itu tampaknya sudah, sudah tercakup. Sudah ada semua.” (S3)

Dari data ini dapat disimpulkan bahwa belum semua obat dalam formularium nasional untuk perawatan selama di Unit Stroke tercakup semua. Obat neuroprotektan tidak tercakup dalam formularium. Adapun, obat yang sudah masuk dalam formularium seperti rTPA akan terasa memberatkan karena obat tersebut mahal sehingga penggantian oleh BPJS tidak menutup biaya perawatan. Sedangkan, untuk obat-obat post stroke yang digunakan untuk manajemen faktor resiko dianggap sudah memenuhi.

Kepuasan penggantian finansial

Dengan kondisi finansial yang tidak menguntungkan para narasumber berpendapat:

” Revisi pola tarif yang fase akut kurang dari 3 jam sama yang lain. Kemudian, untuk dengan yang banyaknya penyakit yang menyertai itu juga...” (S1)

“kapitasinya rendah sekali. Stroke pendarahannya itu perawatan 2 minggu 14 hari. Tapi justru kapitasinya lebih kecil dari yang strok infak yang lama perawatan 1 minggu.” (S2)

Kondisi agar tidak terjadi selisih negatif dalam finansial inipun membuat dokter untuk mampu melakukan efisiensi biaya:

“Makanya pandai-pandai kita untuk menggunakan khususnya untuk pemeriksaan penunjang. Kalau cukup di-scan ya cukup kita scan. Cuma kan persoalannya kan kadang-kadang ada kasus yang tidak cukup dengan scan dan harus dengan MRI, itu yang kadang-kadang mengalami suatu kendala.” (S2)

Kapitasi yang menurut para dokter terlalu rendah memang membutuhkan revisi. Revisi khususnya ditujukan untuk kondisi pasien fase akut, kondisi perburukan dan stroke hemorrage yang justru kapitasinya lebih rendah daripada stroke infarct. Kondisi kapitasi yang rendah memaksa para dokter untuk mengurangi mutu pelayanan dengan menurunkan kualitas seperti menggunakan alat diagnosis yang lebih murah (CT Scan) dibandingkan yang lebih mahal (MRI)

Kondisi perburukan, komplikasi dan faktor resiko

Sesuai data dalam penelitian kuantitatif dimana ditemukan pasien dengan komplikasi penyakit *systemic lupus erythematosus*, dimana

kondisi tersebut membuat pasien meninggal dan membuat rumah sakit mengalami kerugian finansial terbesar. Adapun kerentanan pasien dengan komplikasi maupun perburukan oleh para narasumber dijelaskan:

"...Sistem kapitasi yang dibuat oleh BPJS saya nggak paham ya. Karena dia menghitung berdasarkan diagnosis utama kemudian ada diagnosis tambahan. Tapi diagnosis tambahan itu kan, perhitungan seperti apa juga kita enggak tahu. Karena ada, ada, ada obat-obat yang kalau menurut saya yang... Kalau misalnya, misalnya ini ada suatu komplikasi pnemoni, kemudian harus menggunakan obat yang, karena untuk pasien yang sudah sampai di PPK III, itu biasanya sudah complicated kemudian sudah terjadi banyak resistensi antibiotik sehingga sebagian besar pasien-pasien yang dirawat di sini dengan komplikasi, infeksi, itu biasanya antibiotik menggunakan generasi terakhir. Meropenem misalnya." (S2)

"...Kemudian di perjalanan mungkin terjadi komplikasi ya, mungkin saja, mungkin karena infeksi atau ada perluasan, perluasan kerusakannya. Atau yang tadinya infak terjadi perdarahan, itu ya memang kemungkinan ada, ya, itu ya, harus diatasi semuanya. Nah itu mungkin gak tercakup BPJS itu. Mungkin." (S3)

Jawaban lebih ringkas ditegaskan oleh narasumber 1

"Akomodasi harusnya ada revisi pola tarif." (S1)

Pencakupan JKN yang hanya membagi tiga diagnosis INA-CBG yaitu ringan, sedang, berat untuk masing-masing kondisi stroke dirasa belum cukup. Komplikasi pasien yang berat yang diterima oleh rumah sakit PPK III dimana harus membutuhkan obat-obat yang mahal masih menjadi kendala. Komplikasi dari pasien stroke bisa bermacam-macam antara lain infeksi pneumonia, lupus ataupun penyakit lain. Para dokter yang tidak mengetahui bagaimana penyusunan aturan JKN ini juga menjadi kendala tersendiri.

Penerimaan aturan post stroke

Sesuai *guideline* dari ASA (American Stroke Association), supaya pelayanan dapat paripurna pasien post stroke mendapatkan rehabilitasi dan rekoveri:

"... Medical rehabilitation bisa ter-cover juga kan. Tapi homecare tidak." "...Orang yang dengan ketergantungan sedang sampai berat, sampai total kan perlu homecare." (S1)

"...Nggih, setelah perawatan kalo memang perlu rehab kita konsulkan ke rehab untuk perbaikan. Lah, mudah-mudahan udah tercakup, mudah-mudahan.

Ah, kalo homecare mungkin lain lagi, hitungannya hitungan, mungkin BPH, apa, BPJS ada sendiri pakatnya untuk homecare di luar ini." (S2)

Keterjaminan pasien stroke untuk mendapatkan jaminan pelayanan sampai paripurna dalam hal ini rawat rumah / *home care* dimana belum terjamin oleh BPJS menjadi pertimbangan tersendiri. Sedangkan aturan untuk mengembalikan pasien ke PPK I oleh para narasumber direspon:

"kondisinya memang... moderat sama berat kan harusnya di..., dikembalikan toh..., tidak dikembalikan ke PPK I dulu harusnya. Kalo kondisi sudah memungkinkan. Kan kita lihat keterbatasan sarana dan tenaga ahli yang di PPK I." (S1)

"Contoh misalnya pasien dengan gangguan fungsi bahasa misalnya. Apakah di PPK I sudah ada speech therapy? Ya kan?

Kemudian pasien-pasien dengan resiko jantung apakah di PPK I sudah ada? Kemudian pasien-pasien dengan gangguan kognitif apakah di PPK I juga sudah ada klinik memori yang bisa meningkatkan fungsi kognitifnya? Jadi, e..., tidak hanya sekedar dia terbebas dari kematian. Tetapi kan, kita kan mengharapkan ada perbaikan fungsional." (S2)

"...post-stroke sudah stabil tinggal kontrol faktor resiko ya, bisa aja." (S3)

Pengembalian pasien untuk mendapatkan pelayanan di PPK I khususnya untuk pasien dengan sekuensial yang masih moderat maupun berat menurut para dokter harusnya tidak dikembalikan. Keterbatasan sarana dan tenaga ahli seperti untuk pelayanan gangguan kognitif maupun terapi wicara menjadi pertimbangan. Pengembalian pasien ke PPK I dapat dilakukan hanya jika pasien sudah stabil dan untuk pengendalian faktor resiko saja.

Kedudukan Sebagai Rumah Sakit Pendidikan

Aturan tentang sistem rujukan dan keterbatasan pemberian obat pada era JKN ini menjadi bahan pertimbangan untuk terciptanya pendidikan dan penelitian:

"Kita terimbas juga karena kasusnya jadi sedikit. Kalau sistem pendidikannya, sama, saya anggap tetap sama, iya.

Ya, paling-paling kita nanti memperbanyak rumah sakit jejaring. Ya memang masuknya di banyak di PPK II. Cuma persoalannya kan di jejaring itu kan pengawasannya jadi kurang kan. Artinya kan, transfer of knowledge-nya kan. Ya kita bisa membayangkan kalau misalnya yang seniornya cuma satu atau dua gimana dia juga harus melayani pasien yang banyak sehingga dia juga tidak punya kesempatan untuk melakukan pembimbingan. Transfer of knowledge dan skillnya kan berbeda kalo itu bisa dilakukan di centre-nya." (S2)

"...Akan mengalami kesulitan karena pasiennya

itukan banyak di rumah sakit, e..., apa, PPK I sampai PPK II." (S1)

"Mestinya ada, kalau pasiennya kurang kan, pen, mahasiswanya kurang.... Tapi selama ini nampaknya ndak masalah kok" (S3)

Pengurangan jumlah pasien dan variasi kondisi pasien membuat proses pembelajaran menjadi kurang optimal. Penambahan rumah sakit jejaring dirasa belum dapat menjadi solusi karena proses perpindahan keilmuan bisa terkendala oleh berbagai hal misalnya jumlah dokter di rumah sakit jejaring.

PEMBAHASAN

Penerimaan tentang formularium nasional

Dalam formularium nasional 2015, rt-PA (*recombinant Tissue Plasminogen Activator*) merupakan obat yang dapat diadministrasikan dalam pelayanan fase akut penyakit stroke. Namun, harga mahal dari obat tersebut menjadi pertimbangan para dokter untuk mengadministrasikan obat tersebut dalam pelayanan fase akut. Resiko akan kerugian finansial dalam penggantian biaya perawatan menjadi pertimbangan dokter dalam pemberian obat tersebut. Pemberian obat tersebut dalam fase akut mampu meningkatkan kecepatan kesembuhan pasien³.

Nimotop yang merupakan merk dagang dari obat nimodipin berfungsi sebagai neuroprotektan. Pemberian oral nimodipin berperan dalam keluaran pasien stroke⁴. Sedangkan, manajemen nimodipin dengan administrasi intravena tidak signifikan. Dalam formularium nasional 2015 sendiri manajemen pemberian nimodipin tersedia hanya dapat diresepkan selama 3 hari. Obat-obat neuroprotektan dalam petunjuk terbaru dari ASA menjadi metode yang baru untuk pengobatan prehospitasasi. Piracetam sendiri dalam manfaatnya bisa digunakan untuk perbaikan Bahasa tulis. Efek pada tingkatan perbaikan linguistic pada penggunaan neuroprotektan secara keseluruhan cenderung menaik selama periode yang pendek kemudian menurun.

Acetylcholine menurut petunjuk klinis ESO mempunyai keuntungan yang ringan dalam studi metanalisisnya. Penelitian pada tingkat molekuler menunjukkan bahwa kerusakan sel otak dapat berkurang dengan aktivasi reseptor acetylcholine pada sel⁵.

Penggantian Finansial

Penelitian di Yogyakarta terkait pelayanan

rawat inap dengan *clinical pathway* stroke iskemik akut membagi menjadi biaya obat, biaya jasa dan biaya pemeriksaan. Dari pembagian menjadi tiga bagian tersebut didapatkan data bahwa biaya obat Rp4.646.912,67 ± Rp5848244,41 sedangkan biaya jasa Rp3.858.727,18 ± Rp4848798,87 dan biaya pemeriksaan Rp1.828.006,87 ± Rp2.403.790,35. Sehingga dari penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa akumulasi dari biaya obat, biaya jasa dan biaya pemeriksaan menjadi Rp10.333.646,72 ± Rp13.100.833,63⁶. Sedangkan penelitian di Afrika Selatan biaya dari diagnosis, perawatan jalan dan perawatan inap mencapai US\$ 283,500 (Rp3.685.500.000,00) sampai US\$ 485,000. (Rp6.305.000.000,00). Penelitian ini juga menghitung biaya untuk rehabilitasi medik, *home-care* maupun biaya hilang untuk perawatan. Rinciannya adalah biaya diagnosis sebesar \$4967, biaya perawatan rawat inap \$248736 dan biaya untuk perawatan rawat jalan 29764⁷.

Pada penelitian ini, di Unit Stroke RSUP Dr. Sardjito untuk stroke infarct sendiri biaya terendah yang dibutuhkan Rp5.271.801,00. Sedangkan, untuk biaya terendah stroke hemorrhage Rp11.762.305,00. Kisaran dana yang tinggi antar pasien terkait dengan komplikasi, perburukan maupun faktor resiko tiap individu pasien. Dana yang sedemikian itu digunakan untuk diagnosis, pemberian obat dan aspek-aspek lainnya terkait kondisi pasien. Lama rawat inap seorang pasien stroke dipengaruhi oleh keparahan seperti status kognitif, co-morbiditas, dan status prestroke. Resiko terjadinya perpanjangan masa lama rawat inap pasien stroke sudah dapat ditentukan dengan manajemen pada masa awal pengobatan⁸.

Persepsi tentang penggunaan dana tarif standar dari BPJS oleh dokter boleh dibilang rendah. Menghemat dana untuk penegakan diagnosis ataupun pemberian obat menjadi perhatian para dokter dalam penelitian ini. Seperti diungkapkan seorang responden yang menyatakan akan kesulitan jika akan menegakan diagnosis dengan alat yang lebih baik. Penggunaan MRI sebagai alat diagnosis yang lebih baik daripada CT-Scan menjadi terhambat.

Sedangkan, berdasar standar tarif dari BPJS membagi menjadi enam standar diagnosis yaitu: stroke infarct ringan, sedang, berat dan stroke pendarahan ringan, sedang, dan berat. Hal tersebut masih belum dapat diterima oleh pemberi pelayanan karena varian kondisi dari pasien masih sangat tinggi. Kondisi dimana dalam pembuatan standar tarif tidak melibatkan pemberi pelayanan

dalam menentukan standar tarif menjadi keluhan narasumber.

Rehabilitasi Medis, Home Care & Sistem Rujukan

Pada era jaminan kesehatan nasional, rehabilitasi medis sudah terjamin oleh BPJS. Sehingga dapat dilakukan pada pasien. Namun, kelengkapan rumah sakit akan kemampuan untuk melakukan maupun mengukur perbaikan dari pasien sangat berbeda. Ketersediaan peralatan, ahli rehab medis maupun fisioterapis masih terbatas. Peraturan dalam era Jaminan Kesehatan Nasional untuk melaksanakan rujuk balik ke PPK I menjadi penghalang tersendiri untuk dilakukan rehabilitasi. Seorang responden dalam wawancara ini berpendapat bahwa paripurnanya pelayanan dengan dilakukan rehabilitasi mengharuskan adanya tempat untuk terapi wicara, terapi kognitif dan terapi untuk perbaikan lainnya akan sangat sulit dilakukan di PPK I. Keterbatasan alat dan ahli di PPK I maupun PPK II menjadi perhatian para koresponden dalam melakukan rujuk balik.

Stroke merupakan penyakit yang menyebabkan kelumpuhan paling tinggi di USA dan pembunuh nomor tiga. Menurut data dari National Institute of Neurological Disorders and Stroke di Amerika Serikat sekitar 4 juta hidup dengan efek dari penyakit stroke. Sehingga akan ada jutaan suami, istri, anak dan teman yang menjaga korban penyakit stroke. Pemulangan pasien stroke oleh dokter biasanya belum dapat dikatakan dalam perbaikan yang hampir sempurna atau seperti sediakala. Pelayanan suportif di rumah oleh tenaga ahli atau yang biasa disebut *home care* mampu menjadi solusi agar pasien maupun lingkungan pasien dapat tereduksi efeknya dalam menghadapi kondisi keterbatasan.

Pada era Jaminan Kesehatan Nasional *home care* belum ditanggung oleh BPJS. Para dokter di Unit Stroke RSUP Dr. Sardjito mengharapkan agar pelayanan paripurna yang diberikan oleh dokter dapat dilanjutkan dengan *home care*. *activity of daily living* pasien stroke dapat membaik dengan dilakukan *home care*⁹. Penelitian melakukan modifikasi *home care* mampu menunjukkan bahwa ketergantungan pasien paska stroke mampu menurun. Adapun modifikasi yang dilakukan adalah persiapan pra pemulangan dan follow-up paska pemulangan¹⁰.

Kedudukan Sebagai Rumah Sakit Pendidikan

Tuntutan sebagai rumah sakit pendidikan untuk melakukan penelitian dan mendidik calon

spesialis syaraf menjadi keharusan. Dalam rangka pelaksanaan JKN dimana terdapat sistem rujukan menjadi pasien lebih sedikit sehingga pembelajaran menjadi kurang dan penelitian menjadi rendah.

Penambahan rumah sakit satelit dirasa oleh narasumber belum menjadi solusi karena pembimbingan yang dilakukan di rumah sakit satelit tidak bisa menjadi intense karena kesibukan dari dokter di rumah sakit satelit.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Formularium nasional menjadi acuan dalam peresepan masih belum sepenuhnya diterima oleh para pemberi pelayanan. Harga obat bisa menjadi beban pelayanan jika terkait dengan penggantian dari tarif pelayanan. Penggantian finansial dalam JKN masih dirasa belum mencukupi. Selisih negatif antara biaya pelayanan dan penggantian biaya oleh BPJS masih terjadi dalam lingkup penelitian.

Komplikasi, perburukan serta faktor resiko selainya menjadi pertimbangan dalam pembuatan standar tarif. Rehabilitasi medis sudah terjamin oleh BPJS. Namun, *home care* belum dapat sepenuhnya dijamin. Peranan *home care* sendiri penting dalam perbaikan pasien paska stroke. Rujuk balik belum dapat sepenuhnya akan memperbaiki kondisi pasien. Kelengkapan alat di PPK I menjadi pertimbangan. Rujuk balik hanya dapat digunakan untuk manajemen factor resiko saja. Kebutuhan akan pendidikan dan penelitian di Unit Stroke RSUP Dr. Sardjito menjadi tidak maksimal karena terjadinya rujukan yang menyebabkan kurangnya pasien di Unit Stroke.

Saran

Keterlibatan pemberi pelayanan untuk dilibatkan sebagai *policy maker* baik dalam formularium maupun standar tarif menjadi kebutuhan. Rekomendasi untuk penelitian lanjutan dari penelitian ini antara lain studi kuantitatif untuk mengukur perbaikan dari pasien untuk rujuk balik. *Home care* selainya juga menjadi jaminan dalam pelaksanaan JKN untuk optimalisasi pelayanan.

REFERENSI

1. Cadilhac, D.A., Purvis, T., Kilkenny, M.F., Longworth, W., Mohr, K., Pollack, M., Levi, C.R., 2013. Evaluation of Rural Stroke Services: Does Implementation of Coordinators and Pathways Improve Care in Rural Hospitals? *Stroke*, 44(10), pp.2848–2853. Available at: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/STROKEAHA.113.001258>.

2. Kjellström, T., Norrving, B. & Shatchkute, A., 2007. Helsingborg Declaration 2006 on European Stroke Strategies. *Cerebrovascular Diseases*, 23(2-3), pp.229–241. Available at: <http://www.karger.com/doi/10.1159/000097646>.
3. Levine, S.R., Khatri, P., Broderick, J. P., Grotta, J. C., Kasner, S. E., Kim, D., Meyer, B. C., Panagos, P., Romano, J., Scott, P. 2013. Review, Historical Context, and Clarifications of the NINDS rt-PA Stroke Trials Exclusion Criteria: Part 1: Rapidly Improving Stroke Symptoms. *Stroke*, 44(9), pp.2500–2505. Available at: <http://stroke.ahajournals.org/cgi/doi/10.1161/STROKEAHA.113.000878>.
4. Zhang, J., Wei, R., Chen, Z., & Luo, B. (2016). Piracetam for Aphasia in Post-stroke Patients: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *CNS Drugs*, 30(7), 575–587. <https://doi.org/10.1007/s40263-016-0348-1>
5. Han, Z., Shen, F., He, Y., Degos, V., Camus, M., Maze, M., ... Su, H. (2014). Activation of α -7 Nicotinic Acetylcholine Receptor Reduces Ischemic Stroke Injury through Reduction of Pro-Inflammatory Macrophages and Oxidative Stress. *PLoS ONE*, 9(8), e105711. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105711>
6. Alexandra, F. D., Dwiprahasto, I., & Pinzon, R. (2013). The role of clinical pathway on the outcomes of ischemic stroke patients at Bethesda Hospital Yogyakarta. *Journal of Thee Medical Sciences (Berkala Ilmu Kedokteran)*, 45(2), 61–70. <https://doi.org/10.19106/JMedScie004502201302>
7. Maredza, M., & Chola, L. (2016). Economic burden of stroke in a rural South African setting. *eNeurologicalSci*, 3, 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.ensci.2016.01.001>
8. Sudlow, C., & Warlow, C. (2009). Getting the priorities right for stroke care. *BMJ*, 338(jun04 1), b2083–b2083. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2083>
9. Lee, K., & Cho, E. (2016). Activities of daily living and rehabilitation needs for older adults with a stroke: A comparison of home care and nursing home care. *Japan Journal of Nursing Science*. <https://doi.org/10.1111/jjns.12139>
10. Chen, L., Sit, J. W.-H., & Shen, X. (2016). Quasi-experimental evaluation of a home care model for patients with stroke in China. *Disability and Rehabilitation*, 38(23), 2271–2276. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1123305>