

## Pelayanan Kesehatan Kardiologi di Era Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan: Sebuah Antitesis

Januar Wibawa Martha

**S**ehat adalah kebutuhan dasar setiap manusia, dan menjamin kesehatan warga adalah tugas setiap negara. Di sisi lain, untuk menjaga kesehatan diperlukan biaya yang tidak sedikit.

Pada awal praktik pengobatan, pembiayaan kesehatan ditanggung oleh perseorangan. Pasien berobat ke dokter dan sebagai tanda terima kasih, pasien memberikan penghargaan berupa uang atau bentuk lainnya. Perkembangan sistem pembiayaan kesehatan dewasa ini mengarah kepada pembiayaan kolektif ketika masyarakat yang menjadi peserta dibebani premi yang dikumpulkan oleh suatu badan tertentu dan dipakai apabila peserta tersebut menerima pelayanan kesehatan. Pada dasarnya, sistem pembiayaan kolektif ini sangat baik karena akses terhadap pelayanan kesehatan menjadi lebih terbuka, biaya pelayanan kesehatan seharusnya menjadi lebih murah, dan dapat terjadi pembiayaan silang untuk mereka yang kurang mampu. Sistem pembiayaan kesehatan secara kolektif ini dikenal dengan asuransi kesehatan, dan yang tengah menjadi primadona di negara kita adalah asuransi kesehatan yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial – Kesehatan (BPJS-K). Meskipun banyak manfaat yang dapat

diperoleh dari BPJS-K, apakah ada kelemahan dari sistem ini ditinjau dari profesional medis? Beberapa prinsip pengelolaan pasien yang memiliki potensi bermasalah pada pelayanan kesehatan berbasis asuransi kesehatan adalah sebagai berikut.

### Ketidakpastian (*Uncertainty*)

Alkisah di rumah sakit swasta tipe C di kota besar di Jawa Barat, Tuan A yang adalah seorang laki-laki berusia 55 tahun dirawat di bangsal perawatan dengan diagnosis gagal jantung kongestif. Kebetulan penderita ini merupakan peserta asuransi kesehatan BPJS-K. Dengan berbekal kartu BPJS-K kelas 2, pasien dirawat sesuai kelasnya. Karena pasien adalah pasien dengan perawatan ulang, dokter yang merawat memberikan pengobatan yang sudah pernah diberikan, sesuai dengan standar pelayanan medis dan jenis obat-obatan yang tersedia di rumah sakit tersebut.

Di hari perawatan keempat, terjadilah percakapan seperti ini antara dokter (D) dengan perawat (P) di ruangan perawat:

- P : “Dok, pasien Tuan A mau dirawat berapa hari lagi?”  
D : “Sepertinya lebih lama daripada biasanya, mungkin dua-tiga hari lagi. Pasien masih terlihat sesak.”

### Alamat Korespondensi

dr. Januar W. Martha, SpPD, MPH, SpJP, Departemen Kardiologi dan Kedokteran Vaskular, Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran.  
E-mail: [jwmartha@gmail.com](mailto:jwmartha@gmail.com)

- P : “Pengobatannya seperti yang sudah-sudah ya, Dok?”
- D : “Ya, pengobatannya seperti perawatan dua bulan lalu. Tapi kali ini sepertinya penyakitnya lebih berat. Hasil *rontgen*-nya menunjukkan ada infeksi tetapi hasil laboratorium tidak mendukung. Pasien juga mengaku pernah demam tapi sekarang sudah tidak lagi.”
- P : “Apa perlu dirujuk saja, Dok?”
- D : “Memangnya kenapa dengan perawatan di sini?”
- P : “Plafon BPJS-nya sudah habis, Dok.”
- D : “Memangnya berapa biaya maksimal BPJS untuk kasus gagal jantung kronis?”
- P : “Untuk pasien kelas 2 sebesar 3,7 juta rupiah.” (Jawab perawat setelah melihat komputer.)
- D : “Saya curiga ada infeksi paru juga. Mungkin diagnosis-nya perlu ditambahkan pneumonia. Kalau diagnosis-nya pneumonia dan gagal jantung kronis, plafonnya bertambah kan?”
- P : “Bertambah, Dok. Berarti obatnya tambah antibiotik ya, Dok?”
- D : “Ya, antibiotik untuk lima hari.”
- P : “Tetap plafon BPJS-nya tidak cukup, Dok.”
- D : “Terus harus bagaimana?”
- P : “Kalau tidak dirujuk, ya dipulangkan, Dok.”

Pada kasus di atas, ketidakpastian adanya infeksi paru menyulitkan pengambilan keputusan diagnosis pneumonia. Diagnosis kerja pneumonia dapat dibuat dengan kecurigaan yang tinggi, namun untuk dapat memastikannya diperlukan pemeriksaan yang sering kali sulit atau terlalu lama untuk dilakukan. Fenomena ketidakpastian seperti ini sebenarnya dihadapi oleh para klinisi setiap harinya. Seberapa sering kita ditanya oleh keluarga pasien, “Dok, bagaimana kemungkinan kesembuhan ayah saya?” atau “Berapa lama perawatan yang diperlukan oleh paman saya?”

Sebagai seorang dokter, sering kali kita tidak bisa memberikan jawaban pasti terhadap pertanyaan seperti itu. Jadi sangat jelas bahwa proses pengobatan bukanlah suatu hal yang dapat dipastikan, baik lamanya maupun hasilnya. Konsekuensinya, biaya pengobatan dan perawatan pasien juga sulit untuk dipastikan besarnya. Sebuah riset di Amerika Serikat menyimpulkan bahwa pada sebanyak 10-50% kasus terdapat variasi akibat ketidakpastian dalam berbagai aspek pelayanan kesehatan, mulai dari proses diagnostik hingga prosedur pengobatan.

Plafon atau biaya maksimal telah ditetapkan oleh

BPJS-K dan tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan. Besaran pagu ini ditetapkan berdasarkan perhitungan INA-CBG (Indonesian Case Based Group), yang mencakup biaya tiap-tiap unit layanan yang diperlukan dalam pengobatan pasien sesuai grup diagnosis-nya. Biaya layanan termasuk biaya *visit/konsultatif* dokter, pemeriksaan penunjang, obat-obatan atau prosedur medis, alat/bahan medis habis pakai, dan akomodasi.

Perhitungan INA CBG adalah tarif per episode perawatan hingga perawatan pasien selesai. Besaran tarif INA CBG tidak dipengaruhi oleh lama hari rawat. Untuk rumah sakit swasta, komponen lamanya hari rawat memengaruhi total biaya yang harus dikeluarkan. Kita mengetahui bahwa pelayanan rawat inap mencakup pengobatan dan perawatan pasien seperti makan, mandi, keperluan penerangan, penyejuk ruangan, dan sebagainya yang masuk dalam komponen biaya (*cost*). Selama pasien masih dirawat inap, biaya untuk perawatan pasien akan terus dikeluarkan. Sistem *Case-Based Group* memang menciptakan insentif untuk mengurangi biaya dan menurunkan lamanya perawatan pasien, namun yang perlu diwaspadai dari sistem ini adalah kemungkinan terjadinya *undertreatment* dan *premature discharge* yang dilakukan demi efisiensi biaya. Pada kasus di atas, apabila pasien dapat dipulangkan lebih awal, maka rumah sakit dapat menghemat biaya (atau mendapat keuntungan dari selisih biaya dan plafon BPJS).

Ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti dan manusia bukanlah mesin. Proses pengobatan tidak dapat disamakan dengan proses produksi. *Uncertainty* (ketidakpastian) merupakan fenomena yang mendasar dalam dunia medis. Ketidakpastian adalah suatu realitas dalam keseharian seorang dokter. Sadar ataupun tidak sadar, setiap dokter memahami adanya ketidakpastian ini dan tampaknya kemampuan untuk menoleransi ketidakpastian merupakan keputusan yang secara rutin diambil oleh dokter.

Proses diagnostik seperti anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang, dan pengobatan pada prinsipnya mengandung unsur ketidakpastian. Riwayat penyakit yang diceritakan pasien belum tentu mengarahkan pada diagnosis. Beberapa pasien senang menceritakan keluhan-keluhan pribadi yang tidak ada hubungannya dengan keluhan yang disebabkan oleh penyakit yang dideritanya itu sendiri. Pemeriksaan penunjang dikenal memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang terbatas. Dan yang terakhir, respons terhadap terapi

yang diberikan tidak dapat diprediksi, meskipun proses penentuan diagnosis telah dibuat dengan sempurna.

Asumsi perhitungan biaya INA CBG yang diimplementasikan pada jumlah biaya yang ditanggung oleh BPJS adalah dokter menentukan diagnosis yang benar dan memberi pengobatan yang tepat. Proses diagnostik memerlukan deduksi ilmiah berdasarkan berbagai sumber data, yaitu riwayat pasien yang diambil dari tanya jawab, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Proses ini kadang kala menghadapi kendala sumber daya sehingga tidak berjalan seperti yang diharapkan. Diseksi aorta akut misalnya, memerlukan pemeriksaan CT-scan untuk memastikan diagnosis. Tidak semua pusat pelayanan kesehatan memiliki fasilitas pemeriksaan seperti itu dan apabila tersedia belum tentu bisa dengan cepat dikerjakan. Sebagai dokter, diagnosis pasti sering kali tidak dapat dibuktikan secara deduktif atau pembuktiannya memerlukan waktu yang lama sehingga biasanya kita membuat diagnosis kerja yang pada dasarnya adalah diagnosis sementara.

Berbagai keterbatasan dalam proses diagnostik dapat menyebabkan bertambahnya ketidakpastian penentuan penyakit yang berujung pada terapi yang tidak tepat. Alhasil, lama pengobatan dapat bertambah dan mengakibatkan biaya perawatan yang membengkak. Keterbatasan yang berujung pada keraguan dan ketidakpastian ini perlu diperhatikan karena sedikit banyak bisa memengaruhi biaya pengobatan pasien.

### Otonomi Dokter (*Physician Autonomy*)

Kebebasan seorang dokter dalam mengejar diagnosis dan menentukan penatalaksanaan penyakit pasien merupakan salah satu hal esensial dalam praktik pengobatan. Kebebasan ini tentunya tidak berarti seorang dokter dapat meminta panel pemeriksaan semaunya atau melakukan pemeriksaan yang tidak perlu. Pemilihan pemeriksaan penunjang tentunya didasarkan atas kaidah ilmu kedokteran yang standar, profesional, terkini, dan *evidence-based*. Hal yang sama juga berlaku pada pemilihan obat dan metode pengobatan.

Mari kita simak percakapan antara dokter (D) dan pasien (P) di ruang Poliklinik Jantung di salah satu rumah sakit swasta tipe B di daerah selatan kota Bandung:

D : “Ini resep obatnya, Pak. Karena Bapak jelas terlihat sesak, saya juga berencana melakukan pemeriksaan ekokardiografi hari ini untuk Bapak.” (Dokter berkata sambil menyerahkan lembar pemeriksaan ekokardiografi.)

P : “Wah pengobatan atorvastatin ini tidak ditanggung, Dok, karena saya belum periksa kolesterol.”

D : “Bapak itu baru saja dirawat karena serangan jantung. Jadi obat atorvastatin adalah obat yang penting untuk pencegahan serangan jantung ulang dan saya pasti selalu berikan pada pasien sesudah perawatan serangan jantung.”

P : “Ya, Dok. Tapi tetap saja tidak akan diberikan oleh apotek karena tidak ada pemeriksaan kolesterol. Kalau begitu saya harus beli sendiri, Dok.”

D : “Oke, Pak. Kalau begitu Bapak periksa darah untuk cek kolesterol.”

P : “Kalau begitu saya cek besok ya, Dok, karena pemeriksaan kolesterol tidak bisa bersamaan harinya dengan kontrol ke dokter dan pengambilan obat.”

D : “Coba serahkan saja resep ini pada petugas apotek BPJS, Pak, siapa tahu obatnya diberikan.”

Selang beberapa saat, pasien tersebut kembali ke ruangan praktik dokter.

P : “Maaf, Dok. Atorvastatin tetap tidak bisa diberikan tanpa hasil laboratorium dan ekokardiografi tidak bisa dilakukan hari ini.”

D : “Bapak bersedia membeli atorvastatin di apotek?”

P : “Saya tunggu periksa laboratorium saja, Dok. Nanti setelah ada hasil lab, baru saya datang ke sini lagi.”

Terdapat perbedaan yang nyata antara panduan pencegahan sekunder yang dianut oleh dokter dengan kebijakan pengobatan dari BPJS. Karena pasien tidak bersedia membeli sendiri obat yang telah menjadi standar pengobatan, maka kebijakan BPJS ini bertentangan dengan prinsip pencegahan sekunder yang menjadi pengobatan standar pasca-infark miokard akut. Kenyataannya, banyak sekali pasien yang akhirnya mendapatkan terapi BPJS (penulis membuat istilah *BPJS-directed therapy*). Padahal dengan memberikan statin pada pasien pasca-infark miokard akut, risiko infark miokard ulang akan berkurang hingga

27%. Statin sebagai obat prevensi sekunder infark miokard akut sudah diterima (*established*) di bidang kardiologi. Sekarang ini perbincangan tentang statin sudah tidak lagi memperdebatkan manfaatnya, tapi jenis statin apa dan dosis yang terbaik dalam upaya pencegahan sekunder.

Sebagai tambahan, pasien di atas yang dibiarkan tanpa pencegahan sekunder memiliki risiko yang tinggi untuk mendapatkan serangan ulang, gagal jantung, dan komplikasi lainnya yang apabila terjadi justru lebih membebani BPJS secara finansial dibandingkan dengan memberikan statin secara rutin pasca-infark miokard.

Selain otonomi, penilaian dokter (*physician judgment*) juga memiliki peran dalam proses diagnostik maupun pengobatan. Contohnya seperti ini. Lima orang kardiologis yang dididik di fakultas kedokteran yang sama dihadapkan pada hasil angiografi koroner seorang pasien. Ada kemungkinan mereka akan sampai pada kesimpulan yang berbeda berdasarkan penilaian masing-masing. Penilaian individual dokter merupakan komponen pengambilan keputusan diagnostik dan terapi yang cukup penting. Meskipun sekarang ini dokter dididik dan dilatih untuk menganut panduan klinis (*guidelines*) dan kedokteran berbasis bukti (*evidence-based medicine*), tetap saja intuisi dan penilaian individual dipakai dalam praktik sehari-hari. Bila tidak ada panduan klinis mengenai pemberian statin pasca-infark miokard, mungkin ada dokter yang memberi statin secara rutin ada juga yang tidak. Secara pribadi, saya menilai bahwa hal ini perlu dilakukan tetapi mungkin saja penilaian ini rancu karena pendidikan saya yang mengutamakan penggunaan *guidelines*.

Kasus di atas selain memperlihatkan bertambah kuatnya posisi BPJS dalam penentuan pengobatan yang diterima pasien, juga menunjukkan semakin lemahnya kekuatan seorang dokter dalam otoritas pengobatan kepada pasien. Otonomi dokter dalam menentukan pengobatan yang terbaik untuk pasien dalam era BPJS sudah tergerus. Sebenarnya masalah ini dapat diatasi apabila para pemangku kepentingan, dalam hal ini pihak BPJS dan perwakilan profesi dokter, dapat berdiskusi secara rutin untuk membahas pengobatan berdasarkan panduan pengobatan terbaru yang didasarkan kepada bukti-bukti ilmiah termutakhir.

### Kejenuhan Dokter (*Physician Burnout*)

Salah satu kelemahan sistem asuransi kesehatan adalah kecenderungan peserta untuk memanfaatkan pelayan-

an kesehatan secara berlebihan atau menjalani pelayanan kesehatan yang terkadang tidak diperlukannya. Ini berkaitan dengan mentalitas pembayaran di muka—karena pembayaran telah dilakukan di muka, peserta merasa memiliki hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Faktanya, jumlah pasien BPJS di rumah sakit membludak. Memang sebagian penyebab bertambah banyaknya jumlah pasien yang berobat disebabkan juga oleh sistem rujukan yang tidak berjalan dengan baik, namun *patients' abuse* ditengarai merupakan salah satu faktor penyebabnya.

Jumlah pasien yang banyak memiliki dampak yang kurang baik bagi pelayanan kesehatan. Karena jumlah dokter yang kurang, disertai kemampuan fisik dan mental seorang dokter yang relatif terbatas, banyaknya pasien dapat menurunkan lamanya waktu konsultasi dan berisiko terjadinya penurunan kualitas pelayanan. Riset di Amerika Serikat menunjukkan jumlah pasien yang banyak menurunkan kemampuan dokter untuk melayani pasien dengan empati (*compassionate care*).

Selain penurunan kualitas pelayanan, lamanya waktu tunggu untuk mendapatkan pelayanan kesehatan juga banyak dikeluhkan. Pelayanan subspecialistik sekarang ini kewalahan dalam menangani pasien. Antrean pasien untuk menjalani prosedur angiografi koroner di RS Hasan Sadikin Bandung saja sudah mencapai empat bulan, itu pun bila tidak ada kerusakan peralatan kateterisasi jantung. Hal yang sama juga dirasakan di ruangan lain, misalnya kamar operasi atau bangsal kemoterapi. Banyaknya jumlah prosedur yang harus dilakukan dapat berdampak pada tingginya stres yang dirasakan setiap dokter, yang berujung pada *burnout* (kelesuan). Apabila sudah terjadi, kualitas pelayanan kepada pasien akan semakin turun. Beberapa orang sejawat dokter mungkin memiliki ambang yang tinggi untuk mencapai *burnout* ini, namun tidak demikian halnya dengan sebagian lainnya.

Berikut ini adalah percakapan antara dokter (D) dan pasien (P) BPJS di sebuah Poliklinik Jantung di rumah sakit umum tipe C di Bandung:

D : “Apa yang Ibu keluhkan?” (Dokter bertanya sambil melihat status pasien dengan penyakit arteri koroner stabil.)

P : “Tidak ada, Dok.”

D : “Obat-obatan masih ada?”

P : “Ada sebagian, Dok, hanya aspirin yang sudah habis.”

D : “Jadi Ibu ke sini hanya untuk ambil aspirin saja?”

P : “Ya, sekalian kontrol, Dok.”

D : “Ya sudah, silakan berbaring untuk diperiksa.”

Setelah dokter memeriksa dan memastikan tidak ada masalah, pasien pun diberi resep obat.

Kasus seperti itu sebenarnya bisa ditangani di fasilitas kesehatan yang lebih rendah tingkatannya. Bahkan dengan data medis yang cukup, poliklinik di puskesmas juga bisa menangani pasien seperti itu. Namun masalah pengobatan menyangkut urusan kepercayaan. Ada pasien yang datang berobat ke Bandung padahal bertempat tinggal di Indramayu. Ia tetap ingin berobat ke Bandung meskipun sudah diyakinkan bahwa pengobatannya tersedia di kota asalnya dengan kualitas yang sama.

P : “Terima kasih, Dok. Oya, Dok, susah sekali ya berobat ke sini. Saya harus daftar sehari sebelumnya dan jumlah pasien yang Dokter periksa dibatasi. Sering kali saya tidak kebagian nomor antrean dan harus mendaftar lagi untuk hari lainnya. Saya terpaksa berhenti minum obat karena sudah habis sebelum kebagian kontrol.”

D : “Ya, Bu. Karena saya tidak bisa memeriksa terlalu banyak pasien.”

P : “Bukankah sudah seharusnya dokter melayani pasien?”

D : “Tetap saja, Bu, kemampuan saya hanya bisa memeriksa sebanyak itu per harinya.”

P : “Kalau begitu rumah sakit ini tidak meng-

utamakan pelayanan pasien, Dok.”

D : “Silakan saja Ibu mengajukan keluhan kepada manajemen atau lebih baik lagi mengadu kepada BPJS.”

Saya berpikir bahwa rumah sakit ini bukanlah rumah sakit BPJS. Saya bersekolah untuk menjadi seorang dokter tanpa dibiayai BPJS. Saya bukan pegawai BPJS dan tidak digaji oleh BPJS. Untuk mencegah *burnout* ini dengan sangat menyesal saya terpaksa membatasi jumlah pasien yang dapat saya periksa per harinya dengan maksud untuk menjaga kualitas pelayanan kepada pasien.

## Daftar Singkatan

BPJS-K: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial – Kesehatan

INA-CBG: Indonesian Case Based Group

## Daftar Pustaka

1. Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating Uncertainty - The Next Medical Revolution? *N Engl J Med* 2016. 3;375(18):1713-1715.
2. Emanuel EJ, Pearson SD. Physician autonomy and health care reform. *JAMA* 2012. 25;307(4):367-8.
3. Drummond D. Physician Burnout: Its Origin, Symptoms, and Five Main Causes. *Fam Pract Manag* 2015. 22(5):42-7.