

Penghematan Biaya Perawatan Pasien Kanker Terminal Dewasa melalui Konsultasi Tim Paliatif di Rumah Sakit Dr. Cipto Mangunkusumo

Cost of Care Saving of Terminal Cancer Adult Patient Using Palliative Care Consultation in Cipto Mangunkusumo Hospital

Rudi Putranto¹, Laksono Trisnantoro², Yos Hendra²

¹Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/RS dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta

²Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Magister Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada

Korespondensi:

Rudi Putranto. Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/RS dr. Cipto Mangunkusumo. Jln. Pangeran Diponegoro 71, Jakarta 10430, Indonesia. Email: putraroed@yahoo.com

ABSTRAK

Pendahuluan. Meningkatnya penderita kanker terminal di Indonesia akan meningkatkan kebutuhan perawatan paliatif dan akhir kehidupan (*palliative and end of life care*). Pelayanan kesehatan pada pasien kanker membebani rumah sakit, karena menyebabkan biaya tinggi dan lama rawat memanjang. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi hubungan lama rawat inap dan tarif pelayanan rawat inap pasien kanker terminal dewasa dengan intervensi paliatif di Rumah Sakit dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM).

Metode. Penelitian ini adalah deskriptif analitik dengan desain kasus kontrol dan dilakukan di ruang rawat inap RSCM Jakarta selama bulan Januari–Desember 2015. Subjek adalah pasien kanker terminal dewasa di rawat inap kelas III pada tahun Januari–Desember 2015 dengan penjamin Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Data diperoleh dari data rekam medis dan *billing* dan dianalisis menggunakan uji Mann-Whitney.

Hasil. Diketahui bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara intervensi paliatif dengan pengeluaran pasien sesuai tarif RS ($p=0,041$), sedangkan tidak terdapat hubungan signifikan antara intervensi paliatif dengan lama hari rawat ($p=0,873$). Terdapat hubungan bermakna antara intervensi paliatif dan tarif pengeluaran kamar, visite, tindakan dan obat dan intervensi paliatif.

Simpulan. Terdapat hubungan yang signifikan antara intervensi paliatif dengan pengeluaran pasien sesuai tarif RS. Terdapat hubungan bermakna antara intervensi paliatif dan tarif pengeluaran kamar, visite, tindakan dan obat dan intervensi paliatif.

Kata Kunci: *intervensi, lama rawat, perawatan paliatif, tarif*

ABSTRACT

Introduction. Terminal cancer patients was increasing in Indonesia, and need attention to approach palliative and end of life care. Terminal cancer management was burden the hospital, because it causes high costly and the length of stay. This study aimed to get a general picture of service palliative at Cipto Mangunkusumo, then to evaluate the relationship hospitalization and rates of inpatient services people with terminal cancer adults who received the intervention palliative care and to evaluate the relationship variable rates for accommodation (room), doctor visit, procedure/surgery, medicines and consumables, laboratory and radiology to palliative interventions in patients with terminal cancer in inpatient Dr. Cipto Mangunkusumo Hospital.

Methods. This research was descriptive study with case control design and performed in the inpatient unit, Dr Cipto Mangunkusumo Hospital, during the month of January to December 2015. The subjects were medical records and billing of terminal cancer patients were hospitalized adults in class III in January - December 2015 with National Health Insurance (BPJS). Inclusion criteria are terminal cancer patients, beusia ≥ 18 years, received palliative care consultation team while exclusion criteria are patients receiving palliative consultation on treatment days ≥ 25 days.

Results. It is known that there is a significant relationship between palliative interventions to patients with hospital rates ($p=0.041$), whereas there was no significant relationship between palliative interventions by the length of stay ($p=0.873$). There is a significant relationship between palliative interventions and expenditures room rates, visite, action and medicine and palliative interventions.

Conclusions. *There is a significant relationship between palliative interventions with hospital rates. There is a significant relationship between palliative interventions and expenditures room rates, visite, action and medicine and palliative interventions. These data showed that palliative care intervention was saving money for hospital.*

Keywords: *intervention, length of stay, palliative care, rates*

PENDAHULUAN

Penyakit kanker adalah salah satu penyakit katastrofik yang memiliki karakteristik berbiaya tinggi (*high cost*), banyak penderitanya (*high volume*) dan berisiko kematian tinggi (*high risk*). Semakin meningkatnya pasien dengan penyakit tidak menular merupakan tantangan tersendiri bagi akses pasien terhadap pelayanan kesehatan di berbagai negara. Ketika seseorang didiagnosis menderita kanker dan harus menjalani rawat inap di rumah sakit, maka konsekuensi finansial merupakan beban yang harus ditanggung oleh pasien atau penjamin, termasuk pihak *provider* (penyedia fasilitas kesehatan).

Berbagai negara diketahui mengalami kerugian akibat kejadian kanker, salah satunya di Eropa yang didapati kerugian sebesar 75 miliar euro pada tahun 2008 akibat kematian dini terkait kanker. Sementara itu, di Amerika Serikat diperkirakan dibutuhkan biaya sebesar 88,7 miliar US Dollar untuk biaya langsung (*direct cost*) pasien kanker.¹ Di Indonesia sendiri, menurut laporan Budiartodan Sugiharto² berdasarkan data Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) tahun 2012 dan laporan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) tahun 2015, serta data Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) periode Januari-Juni 2014, menunjukkan bahwa terjadi peningkatan biaya pengobatan kanker dari Rp 144,7 miliar pada tahun 2012 menjadi Rp 313,1 miliar pada tahun 2014.

Penderita kanker di dunia juga terus mengalami peningkatan dan Asia merupakan salah satu benua yang menyumbang kasus tertinggi di dunia dengan peningkatan kasus lebih cepat terjadi di negara miskin dan berkembang.³ Di Indonesia, prevalensi penderita kanker pada tahun 2013 diketahui sebesar 1,4 kasus per 1000 penduduk. Sebanyak hampir 50% diantaranya terjadi pada populasi berusia >75 tahun.⁴

Di Indonesia, dari 240.000 kasus baru kanker stadium lanjut per tahun, 65% diantaranya mencari bantuan kesehatan yang mana tata laksana kuratif tidak lagi efektif.⁵ Pada stadium ini, umumnya pasien memiliki masalah yang lebih kompleks dan membebani rumah sakit, karena menyebabkan biaya tinggi dan lama rawat yang panjang. Selain itu, meningkatnya penderita kanker terminal di Indonesia, khususnya di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional dr. Cipto Mangunkusumo (RSCM) akan meningkatkan kebutuhan perawatan paliatif dan akhir kehidupan (*palliative and end of life care*).

Perawatan paliatif merupakan pendekatan perawatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui pencegahan dan peniadaan melalui identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual.⁶ Sebuah studi melaporkan bahwa penerapan perawatan paliatif akan menurunkan masa rawat dan biaya pasien menjadi *cost effective*, dengan mencegah pemeriksaan dan prosedur yang berlebihan atau tidak perlu, serta memperbaiki keluhan fisik dan psikis.⁷ Temel, dkk.⁸ melaporkan bahwa terdapat perbaikan kualitas hidup pada penderita yang mendapat perawatan paliatif dibanding pasien yang mendapat pengobatan standar untuk kankernya saja. Namun demikian, kondisi tersebut belum tentu sesuai dengan kondisi di Indonesia khususnya RSCM.

Penelitian ini dilakukan untuk mengevaluasi pengaruh pelayanan perawatan paliatif terhadap lama rawat dan tarif pelayanan penderita kanker dewasa stadium terminal di RSCM.

METODE

Studi deskriptif analitik dengan desain kasus kontrol dilakukan pada pasien kanker terminal di rawat inap RSCM, Jakarta selama bulan Januari–Desember 2015. Data subjek penelitian didapatkan dari rekam medis dan *billing* penderita kanker terminal dewasa yang dirawat inap di kelas III pada Januari–Desember 2015 dengan penjamin Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Kriteria inklusi subjek adalah penderita kanker terminal, berusia ≥18 tahun, dan mendapat konsultasi tim paliatif. Sedangkan, kriteria eksklusi subjek adalah pasien yang mendapat konsultasi paliatif pada hari perawatan ≥ 25 hari.

Sampel dipilih melalui metode konsekutif hingga memenuhi jumlah yang direncanakan. Data subjek yang telah terkumpul selanjutnya dianalisis menggunakan program SPSS 20 *for windows* dengan uji Mann-Whitney.

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan dari Komite Etik Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia No. 263/UN2.F1/ETIK/2016. Intervensi paliatif yang digunakan pada studi ini merujuk pada intervensi yang digunakan oleh Weisman⁹ seperti dalam Tabel 1.

Tabel 1. Komponen dan kegiatan pada intervensi paliatif

Komponen	Kegiatan
Tahap pemahaman:	Tanyakan pandangan dan pengetahuan pasien/keluarga tentang penyakit yang diderita
Nilai pengetahuan dan persepsi pasien/keluarga tentang pengobatan dan prognosis penyakit	Tanyakan apa yang ingin diketahui
Diskusi isu medis	Ringkas isu kondisi medis saat ini, termasuk diagnosis akhir, tata laksana dan prognosis
Bantu pasien mengidentifikasi tujuan personal pada saat menghadapi akhir kehidupan	Kaji apa yang penting untuk pasien, seperti kontrol nyeri dan kenyamanan nyeri, pulang ke rumah, pengobatan kuratif, biaya untuk hidup Bantu pasien untuk memastikan pengobatan mana yang dipilih dan yang mana akan mungkin membebani hidupnya Berikan kesempatan pasien menyampaikan keinginan saat sekarat seperti Do Not Resuscitate (DNR) atau tetap mendapat intervensi medis Identifikasi penentu keputusan
Lakukan penilaian dan tata laksana gejala fisik	Kaji gejala dan kemungkinan penyebab. Kaji intensitas gejala dan harapan pasien terhadap gejala tersebut. Kaji dan lakukan penilaian ulang terapi terakhir. Rekomendasikan manajemen gejala fisik selanjutnya.
Nilai dan kelola kebutuhan psikologis, spiritual dan praktis: ketakutan akan kematian, cemas, menyangkal adanya ancaman kematian oleh keluarga, kekuatiran biaya, dukungan sistem, dan pencarian arti kehidupan	Kaji adanya isu psikologis, spiritual dan lainnya, yang mempengaruhi pengambilan keputusan. Kembangkan strategi intervensi. Bantu pasien/keluarga menormalkan masalah perasaan, berikan informasi, dorong pasien/keluarga menentukan tujuan jangka pendek. Fasilitasi pertemuan keluarga. Kerjasama dengan tim lain Evaluasi dukungan keuangan. Apa prognosis yang diharapkan? Dokumentasikan target/harapan pasien/keluarga
Kaji Rencana Pulang: Tentukan pilihan dan komunikasikan ke tim lain/caregiver	Apa yang dibutuhkan keluarga untuk mengontrol gejala (alat pelatihan) saat di rumah Perencanaan pulang: Bagaimana dukungan pendamping/caregiver? Bagaimana dukungan keuangan?

HASIL

Selama periode penelitian, didapatkan total subjek sebanyak 120 pasien pasien kanker terminal di ruang rawat inap RSCM pada tahun 2015. Persentase tertinggi umur adalah pada kelompok umur 40-49 tahun (28,3%) dan lebih banyak pada kelompok pria (59,2%). Bila dilihat dari jenis pendidikannya, pasien yang berpendidikan tamat SMA merupakan mayoritas menderita kanker terminal, yaitu sebanyak 37,5%. Lebih banyak pasien yang telah menikah dan menderita kanker terminal pada penelitian ini, yaitu sebesar 85,8%.

Distribusi jenis kanker berdasarkan intervensi paliatif dapat dilihat pada Tabel 2. Selanjutnya, dilakukan analisis hubungan lama rawat dan pengeluaran dengan intervensi paliatif dan didapatkan hasil seperti pada Tabel 3. Selain itu, dilakukan juga analisis variabel tarif pengeluaran terhadap intervensi paliatif (Tabel 4).

Tabel 2. Distribusi jenis kanker berdasarkan intervensi paliatif

Jenis Kanker	Intervensi Paliatif	
	Ya, n (%)	Tidak, n (%)
Karsinoma nasofaring	3 (8,1)	34 (91,9)
Karsinoma payudara	1 (6,2)	15 (93,8)
karsinoma paru	6 (42,9)	8 (57,1)
Hepatoma	6 (40,0)	9 (60,0)
Kanker serviks	6 (50,0)	6 (50,0)
Kanker kolon	1 (10,0)	9 (90,0)
Sarkoma	1 (14,3)	6 (85,7)
Kanker buli	3 (75,0)	1 (25,0)
Kanker prostat	1 (33,3)	2 (66,7)
Kanker ginjal	1 (50,0)	1 (50,0)
Total	29 (24,2)	91 (75,8)

Tabel 3. Hubungan lama rawat dan pengeluaran sesuai tarif rumah sakit dengan intervensi paliatif

Variabel	N (%)	Rerata (SB)	Nilai p
Lama Rawat (hari)			
Intervensi paliatif	29 (24,17)	7,7 (5,4)	0,873
Tanpa intervensi paliatif	91 (75,83)	7,8 (4,7)	
Tarif RS (rupiah)			
Intervensi paliatif	29 (24,17)	16041518 (18478996)	0,041
Tanpa intervensi paliatif	91 (75,83)	18731762 (16485108)	

SB= simpangan baku

Tabel 4. Hubungan variabel tarif pengeluaran terhadap intervensi paliatif

Variabel	Intervensi Paliatif		Nilai p
	Ya, median (rentang)	Tidak, median (rentang)	
Kamar	23000 (0-4900000)	1666000 (0-18000000)	<0,001
Visite	252000 (0-24300000)	468000 (0-48500000)	0,001
Tindakan	1556000 (9-145000000)	3165000 (220000-266000000)	0,049
Laboratorium	1336500 (0-123000000)	1336500 (0-123000000)	0,900
Obat	3120022 (0-345000000)	5649374 (0-61000000)	0,036
Radiologi	130000 (0-5400000)	130000 (0-144000000)	0,385

DISKUSI

Gambaran Faktor Sosiodemografi

Umur diketahui memengaruhi kerentanan terhadap penyakit tertentu. Pada umumnya, kualitas hidup menurun dengan meningkatnya usia. Penderita usia muda akan mempunyai kualitas hidup yang lebih baik dibandingkan

dengan yang berusia tua. Usia juga erat kaitannya dengan prognosis penyakit dan harapan hidup pasien. Pasien yang berusia tua cenderung untuk menderita berbagai komplikasi dari penyakit yang dideritanya.

Pada penelitian ini, didapatkan bahwa persentase terbanyak pasien kanker terminal yaitu pada usia lebih dari 40 tahun. Hal tersebut disebabkan karena usia lebih dari 40 tahun merupakan usia yang rentan dengan terjadinya gangguan kesehatan karena proses degeneratif. Selain itu, seiring bertambahnya usia, terjadi akumulasi faktor risiko secara keseluruhan dan kecenderungan mekanisme perbaikan sel menjadi kurang efektif karena terjadi penurunan sistem imun.¹⁰

Studi sebelumnya yang dilakukan oleh Sihombing dan Sirait¹¹ juga menyebutkan bahwa angka ketahanan hidup dipengaruhi oleh stadium dan pengobatan kanker. Stadium kanker tentu akan berkembang bersamaan dengan bertambahnya waktu atau usia pasien, sehingga menurunkan angka ketahanan hidup pasien. Sementara itu, berkaitan dengan jenis kelamin, studi oleh Pradana, dkk.¹² melaporkan bahwa sebagian besar perempuan lebih banyak mengalami kanker daripada laki-laki. Hal tersebut selain dipengaruhi oleh faktor gaya hidup yang tidak sehat, juga dapat dipengaruhi oleh hormon estrogen atau progesteron yang berlebihan dalam tubuh yang dapat memicu kanker.¹³

Pada penelitian ini, didapatkan responden yang berpendidikan tamat SMA merupakan mayoritas penderita kanker. Tingkat pendidikan seseorang dinilai memengaruhi pemberian respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi umumnya akan memberikan respon yang lebih rasional terhadap informasi dan berpikir jauh tentang keuntungan yang diperoleh dari gagasan tersebut. Tingkat pendidikan juga akan memengaruhi kemampuan individu dalam mengontrol hidupnya. Individu termotivasi untuk memelihara kesehatan dengan lebih baik dengan sikap positif dalam hidup dengan cara melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin.¹⁴

Gambaran Jenis Kanker

Pada penelitian ini, didapatkan 10 jenis kanker, baik pada pasien yang mendapatkan intervensi paliatif maupun tidak mendapatkan intervensi paliatif. Jenis kanker tertinggi yang diderita oleh pasien rawat inap RSCM adalah kanker nasofaring (30,8%). Sedangkan, jenis kanker terendah yang terdiagnosis pada subjek adalah kanker ginjal (1,7%). Hasil tersebut berbeda dengan data profil kesehatan Indonesia tahun 2008, yang menyatakan bahwa kanker terbanyak pada pasien rawat inap adalah

kanker payudara (18,40%), kanker serviks (10,3%), disusul kanker hati dan saluran empedu intrahepatik (8,12%).¹⁵ Perbedaan tersebut dapat disebabkan karena ruang rawat inap RSCM cenderung banyak merawat pasien kanker nasofaring.

Proporsi subjek yang mendapatkan intervensi paliatif bervariasi pada tiap jenis kanker (Tabel 2). Proporsi pasien yang tidak mendapatkan intervensi paliatif lebih besar dibandingkan dengan pasien yang mendapatkan intervensi paliatif. Hal tersebut dapat dipengaruhi oleh jumlah sampel yang kecil. Beberapa penelitian kohort yang dilakukan di Amerika Serikat menunjukkan bahwa jumlah sampel yang digunakan lebih besar dibandingkan penelitian ini. Misalnya, penelitian oleh Back, dkk.¹⁶ dibutuhkan sebanyak 265 pasien dengan rincian variabel kasus (pasien paliatif) sebanyak 82 pasien dan variabel kontrol (pasien non-paliatif) sebanyak 183 pasien.

Penelitian ini menggunakan data rekam medis pasien kanker terminal di rawat inap RSCM. Pada penelitian ini, perhitungan besar sampel yang diperlukan adalah sebanyak 16 pasien (dengan asumsi 8 pasien kasus dan 8 pasien kontrol). Setelah mengumpulkan data, didapatkan jumlah sebanyak 125 pasien kanker terminal yang memenuhi kriteria inklusi pada bulan Januari-Desember 2015. Subjek yang menerima intervensi paliatif hanya sebesar 24,2% dan diduga akan berpengaruh pada validitas dari penelitian ini.¹⁷

Hubungan Intervensi Paliatif dengan Lama Rawat dan Pengeluaran berdasar Tarif Rumah Sakit pada Penderita Kanker Terminal

Pada Tabel 3 terlihat bahwa rerata lama rawat inap pasien kanker terminal yang menerima intervensi paliatif lebih singkat dibandingkan pasien kanker terminal yang tidak menerima intervensi. Lama rawat inap pasien yang menerima intervensi yaitu paling singkat satu hari dan paling lama 18 hari. Namun demikian, secara statistik disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan lama rawat inap pasien kanker terminal yang menerima ataupun yang tidak menerima intervensi paliatif ($p=0,873$).

Lama rawat menunjukkan tingkat efisiensi pengelolaan rumah sakit dan juga menunjukkan efektifitas rumah sakit dari aspek mutu asuhan yang dilakukan oleh tenaga profesional yang bekerja di rumah sakit. Selain itu, lama rawat juga merupakan salah satu unsur atau aspek asuhan pelayanan di rumah sakit yang dapat dinilai dan diukur. Lama hari rawat yang memanjang dapat disebabkan oleh kondisi medis pasien. Selain itu, juga dapat disebabkan oleh kondisi non-medis, seperti keterlambatan administrasi di rumah sakit, kurang baiknya

perencanaan dalam memberikan pelayanan kepada pasien, atau kebijakan di bidang medis. Lama rawat yang terlalu panjang akan menimbulkan kerugian, antara lain menambah beban biaya perawatan pasien atau keluarga pasien, serta mengakibatkan biaya operasional dari rumah sakit menjadi lebih besar.

Pada penelitian ini, diketahui bahwa rerata lama rawat pasien yang mendapatkan intervensi paliatif sedikit lebih rendah (7,15 hari dengan waktu terlama 18 hari) dibandingkan pasien yang tidak mendapatkan intervensi paliatif (7,47 hari dengan waktu terlama 22 hari). Namun, hasil ini tidak sejalan dengan penelitian observasional yang dilakukan oleh May, dkk.¹⁷ yang melakukan studi pada pasien kanker di lima rumah sakit di Amerika Serikat pada tahun 2007-2011. May, dkk.¹⁸ mendapati bahwa rerata *length of stay* (LOS) pada pasien *usual care* adalah selama 8 hari, lebih singkat dibandingkan rerata LOS pada pasien *palliative care* yang membutuhkan waktu selama 9 hari. Hal ini dikarenakan lama rawat tidak hanya dipengaruhi oleh intervensi paliatif, tetapi banyak faktor lainnya, seperti tindakan medis yang dilakukan, jenis kasus atau penyakit, hari masuk dan pulang rumah sakit, kebutuhan pemeriksaan penunjang medis, kebijakan dan administrasi rumah sakit, serta kelas perawatan yang dipilih. Namun demikian, berdasarkan hasil uji statistik, diketahui bahwa intervensi paliatif tidak berhubungan dengan lama hari rawat ($p=0,589$). Hal ini sejalan dengan penelitian kohort yang dilakukan oleh Morrison, dkk.¹⁹ di 290 *hospital-based palliative care* dan 1.427 *usual hospital-based care* di Amerika Serikat yang melaporkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara perawatan paliatif dengan lama hari rawat.

Kanker merupakan salah satu penyakit yang belum bisa disembuhkan, sehingga membutuhkan tata laksana perawatan yang cukup kompleks dan holistik. Masalah utama dalam penanggulangan penyakit kanker adalah besarnya biaya perawatan dan waktu terapi yang panjang. Hal tersebut menimbulkan kerugian ekonomi bagi penderita dan keluarganya. Dari segi medis, berbagai masalah fisik seperti nyeri, sesak nafas, penurunan berat badan, gangguan aktivitas, serta gangguan psikososial dan spiritual akan memengaruhi kualitas hidup pasien.

Perawatan paliatif merupakan tindakan aktif guna meringankan beban penderita, terutama yang tidak mungkin disembuhkan. Tindakan aktif yang dimaksud antara lain menghilangkan nyeri, serta mengupayakan perbaikan dalam aspek psikologis, sosial, dan spiritual. Tujuannya bukan untuk menyembuhkan, melainkan memberikan kenyamanan, perawatan suportif, dan manajemen gejala. Dengan diterapkannya intervensi

paliatif, maka baik pasien, keluarga, maupun rumah sakit dapat meminimalisir beban biaya pelayanan kuratif dan operasional termasuk biaya rawat inap yang tidak diperlukan.²⁰ Selain itu, seorang pasien juga dapat lebih cepat dipulangkan dari rumah sakit untuk menerima perawatan paliatif di rumah, baik di bawah perawatan seorang dokter atau melalui rumah sakit, maupun di fasilitas yang menawarkan perawatan jangka panjang. Dengan demikian, LOS pada pasien kanker terminal di ruang rawat inap berpeluang lebih singkat dibandingkan pasien non-intervensi paliatif.

Pada variabel biaya rawat inap rumah sakit, didapatkan bahwa rerata pengeluaran sesuai tarif yang dikeluarkan pasien kanker terminal yang menerima intervensi paliatif adalah sebesar Rp 16.041.518 atau lebih rendah daripada yang tidak menerima intervensi (Rp 18.731.762). Pasien yang menerima intervensi paliatif mengeluarkan pengeluaran minimum sebesar Rp 375.000, lebih rendah daripada yang tidak menerima intervensi (Rp 526.000). Sedangkan, untuk pengeluaran maksimum yang dikeluarkan pasien, pasien tanpa intervensi mengeluarkan tarif yang lebih rendah daripada yang menerima intervensi, yaitu sebesar Rp 62.176.373 dibandingkan Rp 105.560.032. Secara statistik dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan pengeluaran sesuai tarif pelayanan rawat inap rumah sakit pasien kanker terminal yang menerima dibanding yang tidak menerima intervensi paliatif ($p=0,041$).

Beberapa penelitian menemukan bahwa pasien dengan penyakit lanjut, termasuk pasien kanker yang menerima konsultasi perawatan paliatif memiliki biaya medis yang lebih rendah pada akhir hidup mereka. Sebuah studi terbaru oleh Morrison, dkk.¹⁹ menemukan bahwa tim konsultasi perawatan paliatif dapat menurunkan biaya rumah sakit untuk pasien Medicaid dengan penyakit lanjut. Berdasarkan data dari empat rumah sakit di New York di perkotaan yang beragam ditemukan bahwa negara tersebut bisa menghemat biaya sekitar \$ 84 - \$ 252 juta per tahun jika setiap rumah sakit dengan 150 tempat tidur memiliki tim konsultasi perawatan paliatif yang bekerja penuh. Hal ini sejalan dengan hasil pada penelitian ini, yaitu pasien yang menerima intervensi paliatif lebih rendah biaya rawatnya dibandingkan yang tidak menerima intervensi paliatif.

Penelitian yang dilakukan oleh Simoen, dkk.²¹ di Belgia mendapatkan bahwa rerata biaya pasien kanker yang mendapat terapi standar di ruang akut lebih besar dibanding pasien yang mendapat pelayanan paliatif (340 euro dibanding 283 euro; $p = 0,025$). Pasien terminal yang mendapat pelayanan paliatif di ruang akut lebih rendah biaya rawatnya dibanding pasien tanpa dikonsultasi.

Berdasarkan penelitian ini (Tabel 4), variabel tarif pengeluaran yang bermakna memengaruhi intervensi paliatif adalah penggunaan kamar (akomodasi), visite (kunjungan dokter), tindakan/operasi, dan penggunaan obat.

Implikasi Manajerial

Pada penelitian ini, didapatkan bahwa penderita kanker terminal dewasa yang mendapat konsultasi paliatif dapat menghemat rerata pengeluaran per episode perawatan sebesar Rp 2.690.244,00. Dengan demikian, sebaiknya manajemen rumah sakit dapat mendorong dan menerapkan perawatan paliatif pada penderita kanker terminal yang dirawat. Selain itu, BPJS Kesehatan dapat merevisi nilai penjaminan kasus paliatif ke angka lebih rasional, sehingga rumah sakit dapat lebih mendorong penerapan pelayanan paliatif di rumah sakit.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat berperan untuk memberi pertimbangan bagi Pusat Pembiayaan Jaminan Kesehatan (P2JK) Kementerian Kesehatan dan BPJS dalam menentukan revisi nilai pembayaran kasus paliatif. Tentunya, masukan lain dari rumah sakit, Perhimpunan Masyarakat Paliatif Indonesia dan profesi lain sangat diharapkan untuk melengkapi pertimbangan P2JK dalam pembiayaan kasus paliatif.

Di sisi lain, tim paliatif di rumah sakit perlu diperkuat dan didorong dalam implementasinya. Kerjasama antar kolega dan diseminasi informasi kepada seluruh staf rumah sakit diperlukan dalam pelaksanaan pelayanan paliatif kepada pasien. Beberapa hambatan yang sering ditemukan dalam pelaksanaan pelayanan paliatif adalah: 1) kurangnya ketersediaan dokter atau perawat yang berdedikasi dalam tim paliatif; 2) adanya resistensi dari kolega; 3) kurangnya ketersediaan obat opioid, khususnya morfin lepas cepat; 4) kurangnya komunikasi atau diseminasi informasi tentang pelayanan paliatif bagi staf; 5) kurangnya pemahaman penderita dan keluarga tentang pelayanan paliatif; dan 6) kurangnya dukungan dana atau pembiayaan kegiatan pelayanan paliatif.

SIMPULAN

Hasil pada penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara intervensi paliatif dengan pengeluaran pasien sesuai tarif rumah sakit, tarif pengeluaran kamar, visite, tindakan dan obat. Namun, tidak terdapat hubungan signifikan antara intervensi paliatif dengan lama hari rawat.

DAFTAR PUSTAKA

1. American Cancer Society. The Global Economic Cost of Cancer. Atlanta: American Cancer Society; 2010 [cited 2016 Apr 28]. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@internationalaffairs/documents/document/acspc-026203.pdf>
2. Budiarto W dan Sugihart M. Biaya klaim INA CBGs dan biaya riil penyakit katastrofik rawat inap peserta jamkesmas di rumah sakit: studi di 10 RS milik kementerian kesehatan januari–maret 2012. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. 2013;16(1):58-65.
3. World Health Organization International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2015 Aug 10]. Available from: <http://www.globocan.iarc.fr>
4. Kementerian Kesehatan RI. Info Datin: Stop Kanker [Internet]. Jakarta: Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI; 2015 [cited 2015 Aug 10]. Available from: <http://www.depkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-kanker.pdf>
5. Smith TJ, Coyne P, Cassel B. A high volume specialist palliative care unit and team may reduce in hospital end of life care cost. J Palliat Med. 2003;6(5):699-705.
6. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: WHO; 2002 [cited 2017 Mar 1]. Available from: <http://www.who.int/ncds/management/palliative-care/introduction/en/>
7. Penrod JD, Deb P, Dellenbaugh C, Burgess JF, Zhu CW, Christiansen CL. Hospital-based palliative care consultation: effects on hospital cost. J Palliat Med. 2010;13(8):973-6.
8. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med. 2010;363(8):733-742.
9. Weismann D. Consultation in palliative medicine. Arch Intern Med. 1997;157(7):733-7.
10. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan RI. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013.
11. Sihombing M dan Sirait NM. Angka Ketahanan Hidup Penderita Kanker Ovarium di RS dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Maj Kedokt Indon. 2007;57(10):346-52.
12. Pradana IPW, Siluh NAM dan Surasta W. Hubungan Kualitas Hidup dengan Kebutuhan Perawatan Paliatif pada Pasien Kanker di RSUP Sanglah Denpasar. Denpasar: Fakultas Kedokteran Universitas Udayana; 2012.
13. Indrati R. Faktor-faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian kanker payudara wanita [Internet]. Semarang: Universitas Diponegoro; 2005 [diakses 10 Juni 2012]. Dari: <http://eprints.undip.ac.id/14998/1/2005E4D002071.pdf>
14. Colegrave S, Holcombe C, Salmon P. Psychological characteristics of women presenting with breast pain. J Psychosom Res. 2001;50(6):303-7.
15. Kementerian Kesehatan RI (2008). Profil Kesehatan Indonesia tahun 2008. Jakarta.
16. Back AL, Anderson WG, Bunch L, Marr LA, Wallace JA, Yang HB, et al. Communication about cancer near the end of life. Cancer. 2008;113(7 Suppl):1897-910.
17. Murti B. Validitas dan reliabilitas pengukuran. Matrikulasi Program Studi Doktorat, Fakultas Kedokteran, UNS; 2011.
18. May P, Garrido MM, Cassel JB, Kelley AS, Meier DE, Normand C, et al. Prospective cohort study of hospital palliative care teams for inpatients with advanced cancer: earlier consultation is associated with larger cost-saving effect. J Clin Oncol. 2015;33(25):2745-52.
19. Morrison RS, Dietrich J, Ladwig S, Quill T, Sacco J, Tangeman J, et al. Palliative care consultation team cut hospital costs for medicaid beneficiaries. Health Affairs. 2011;30(3):454-63.
20. Irawan E. Pengaruh perawatan paliatif terhadap pasien kanker stadium akhir (literature review). Jurnal Ilmu Keperawatan. 2013;1(1):34-8.
21. Simoons S, Kuttan B, Keirse E, Berghe PV, Beguin C, Desmedt M, et al. Costs of terminal patients who receive palliative care or usual care in different hospital wards. J Palliat Med. 2010;13(11):1365-9.