

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang penelitian

Rumah sakit rujukan nasional adalah rumah sakit tersier yang menjadi tempat rujukan akhir penyakit berat dan kompleks (Risky et al., 2021). Pada umumnya rumah sakit rujukan nasional adalah rumah sakit pendidikan dengan layanan spesialisik dan sub-spesialistik (Passi et al., 2010). Sebagaimana rumah sakit rujukan dan rumah sakit pendidikan lainnya di Indonesia, RSUD Dr. Soetomo melibatkan dokter residen dalam merawat pasien (Abdulrahman et al., 2016, Indonesia, 2015a). Untuk menyertakan dokter residen dalam merawat pasien, rumah sakit pendidikan wajib menerapkan kendali mutu dan kendali biaya (Indonesia, 2013, Sakit, 2017), sehingga harus ada supervisi oleh dokter spesialis saat dokter residen merawat pasien.

Kendali mutu dan kendali biaya lebih mudah terlaksana di rumah sakit pendidikan bila memiliki Panduan Praktek Klinik (PPK) khususnya untuk penyakit-penyakit yang berkatagori “*high volume*”, “*high risk*”, “*high cost*”, “*high variability*” (Santoso et al., 2013, Qaseem et al., 2012, Lydiksen et al., 2021), memiliki dokter supervisor aktif (Holliman et al.,

1994, Sacchetti et al., 1992), dan didukung profesi kesehatan lainnya seperti perawat, farmasi klinis dan tenaga lainnya dalam jumlah memadai. Ketidaktersediaan PPK dan kurangnya dukungan dari tenaga kesehatan lainnya, akan mengancam mutu dan memboroskan biaya perawatan pasien (Cabana et al., 1999, Miller et al., 2021, Evans-Lacko et al., 2010). Ketersediaan PPK sangat tergantung pada kecepatan penyesuaian terhadap perubahan profil kunjungan pasien ke rumah sakit (Holliman et al., 1994, Sacchetti et al., 1992), karena kebutuhan akan jenis-jenis PPK bisa berubah dalam kondisi bencana ataupun pandemi (Lydiksen et al., 2021, Indonesia, 2015b).

PPK mempermudah terlaksananya perawatan pasien di rumah sakit. Kualitas perawatan pasien dipengaruhi oleh keberadaan maupun kepatuhan pada PPK (Rotter et al., 2010, Evans et al., 2020, Evans-Lacko et al., 2010). Namun demikian, merujuk pada hasil penelitian Cabana dan kawan-kawan, ternyata 15,7 % dokter tidak menyadari bahwa PPK penting, 10,6 % dokter tidak mengetahui bahwa telah ada PPK untuk kasus yang sedang dirawatnya di rumah sakit, dan bahkan 6,3 % dokter tidak setuju kalau perawatan pasien diatur oleh PPK (Cabana et al., 1999). PPK meningkatkan kecepatan pengambilan keputusan dan eksekusi keputusan dokter residen saat dokter supervisor tidak bisa hadir secara langsung di rumah sakit (Rotter et al., 2010, Evans et al., 2020, Evans-Lacko et al.,

2010).

Ketidaktepatan penggunaan dan ketersediaan sumber daya layanan kesehatan di rumah sakit adalah salah satu dampak signifikan dari pandemi (Köppen et al., 2021, Verma et al., 2021, Panteli and Maier, 2021). Pandemi membuat sebagian besar rumah sakit di dunia mengalami gangguan dalam ketersediaan sumber daya layanan kesehatan (Alami et al., 2021).

Di rumah sakit pendidikan, dokter residen dapat menjadi penyebab ketidaktepatan penggunaan sumber daya layanan kesehatan. Ketidaktepatan penggunaan sumber daya oleh dokter residen (penggunaan pemeriksaan penunjang, pemberian obat, dan sebagainya) dalam perawatan pasien dapat terjadi karena tiga kondisi, yaitu tidak tersedianya PPK, tidak hadirnya dokter supervisor tepat waktu, dan lambannya eksekusi keputusan dokter oleh para perawat dan petugas kesehatan lainnya yang menyebabkan perubahan kondisi pasien. (Blumberg et al., 1995, Ereso et al., 2010, Finlayson et al., 1979). Pandemi COVID-19 berpengaruh pada tiga kondisi tersebut.

Ketersediaan PPK di rumah sakit dipengaruhi oleh profil pasien yang membutuhkan layanan di rumah sakit. Pandemi telah mengubah profil kunjungan pasien, termasuk profil kunjungan ke unit-unit gastrohepatologi (Toyoda et al., 2020), onkologi (Patt et al., 2020), imunologi (Haberman et

al., 2020), endokrinologi (Fisher et al., 2020), psikiatri (Sani et al., 2020), neurologi (Sato et al., 2021), oftamologi (Lindeke-Myers et al., 2021), kardiologi (Gluckman et al., 2020), dermatologi (Litchman and Rigel, 2020), urologi dan nefrologi (Chen et al., 2021b), ortopedi (Wong and Cheung, 2020), obsgyn dan neonatologi (Malhotra et al., 2020), serta kunjungan pasien di rawat jalan (Chatterji and Li, 2021), kamar operasi, dan kedaruratan (Giannouchos et al., 2021).

Perubahan profil kunjungan pasien menimbulkan kebutuhan pembuatan PPK baru. Perubahan profil kunjungan ke rumah sakit disebabkan pembatasan penerimaan pasien untuk kasus yang tidak darurat, ketakutan pasien tertular di rumah sakit, dan pembatasan interaksi sosial oleh pemerintah (Elmore et al., 2020, Tonna et al., 2020, Hashmi et al., 2020, Kaye et al., 2020, Qian, 2021, Chen et al., 2021a, Ahuja et al., 2021, da Silva Etges et al., 2021, Waitzberg et al., 2021b).

Kecepatan eksekusi keputusan dokter oleh para perawat dan petugas kesehatan lainnya dipengaruhi oleh kehadiran langsung tenaga kesehatan di rumah sakit (Blumberg et al., 1995, Ereso et al., 2010, Finlayson et al., 1979). Selama pandemi, kehadiran tenaga kesehatan berkurang karena terinfeksi, meninggal, dan isolasi (Pines et al., 2021, Godley et al., 2021, Gómez-Ochoa et al., 2021, Buonafine et al., 2020, Kunz et al., 2021, Bandyopadhyay et al., 2020).

Tenaga kesehatan terinfeksi Sars-COV-2 terbanyak adalah perawat (38,6%). Sedangkan yang meninggal terbanyak adalah dokter (51,4%). Sebanyak 37,2 % kematian petugas kesehatan terjadi pada usia lebih dari 70 tahun (Bandyopadhyay et al., 2020). Penurunan kehadiran dokter hingga tersisa 34,1%, perawat 64,6%, dan staf lainnya 70,6%, sebagaimana dilaporkan oleh sebuah penelitian, mengurangi kemampuan rumah sakit dalam perawatan pasien, serta menurunkan kendali mutu dan kendali biaya (Do et al., 2020).

Di RSUD Dr. Soetomo, kehadiran langsung tenaga kesehatan di bangsal non-COVID-19 berkurang karena relokasi sebagian tenaga kesehatan (perawat, dokter supervisor, dokter PPDS, farmasi, dan lainnya) ke bangsal COVID-19, serta pembatasan kehadiran langsung tenaga yang memiliki komorbiditas serta yang berusia di atas 60 tahun. Berkurangnya kehadiran langsung meningkatkan ketidaktepatan penggunaan sumber daya layanan kesehatan (yang sudah diatur dalam PPK) oleh tenaga kesehatan (dokter PPDS, perawat, farmasi, dan tenaga kesehatan lainnya) (Cabana et al., 1999, Miller et al., 2021, Evans-Lacko et al., 2010).

Ketidaktepatan penggunaan sumber daya layanan kesehatan yang sudah diatur dalam PPK, menyebabkan penolakan sebagian klaim rumah sakit oleh penyedia asuransi kesehatan, penurunan mutu layanan (Lin et al., 2021, Kul et al., 2012, Barbieri et al., 2009), dan pemborosan biaya

perawatan (Bose et al., 2021, Kullgren et al., 2020, Khan et al., 2020, Sharib et al., 2020, Lobo et al., 2020, Haga et al., 2002, Mitchell et al., 2003, Verbeek et al., 2020).

Peningkatan biaya perawatan pasien di masa pandemi juga disebabkan oleh peningkatan kebutuhan masif alat-alat pelindung diri (APD). Kebutuhan APD tersebut bukan hanya untuk tenaga kesehatan yang bekerja di layanan pasien COVID-19 saja, tetapi juga pada layanan non COVID-19 agar tidak tertular dari pasien asimtomatik (Verbeek et al., 2020).

Perubahan profil kunjungan pasien mempengaruhi kebutuhan akan PPK baru, karena PPK biasanya disusun untuk penyakit-penyakit yang “*high volume*”, “*high risk*”, “*high cost*”, “*high variability*” saja (Santoso et al., 2013, Qaseem et al., 2012, Lydiksen et al., 2021). Penurunan frekuensi kehadiran dokter supervisor menyebabkan penurunan kualitas dan pemborosan biaya perawatan pasien (Holliman et al., 1994, Sacchetti et al., 1992). Penurunan kehadiran petugas kesehatan lainnya yang berdampak pada lambannya eksekusi keputusan dokter (Cabana et al., 1999, Miller et al., 2021, Evans-Lacko et al., 2010).

Masalah keuangan terjadi di rumah sakit seluruh dunia saat pandemi, karena turunnya pendapatan dan peningkatan pengeluaran. Turunnya pendapatan rumah sakit memengaruhi kualitas perawatan pasien (Kaye et

al., 2020). Bank Dunia memproyeksikan pertumbuhan global menurun hingga 8%. Sementara itu Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB) memproyeksikan bahwa ekonomi global merugi sekitar 2 triliun dolar pada tahun 2020 (Kaye et al., 2020). Saat awal pandemi, banyak rumah sakit sempat mengalami gangguan logistik (Dewi et al., 2020), kekurangan alat pelindung diri (APD) (Verbeek et al., 2020), alat kesehatan, dan bahan habis pakai lainnya. Kekurangan-kekurangan tersebut baru terungkap saat pandemi, dan perlu perbaikan di masa depan (Rotenstein et al., 2019).

Penolakan sebagian klaim rumah sakit oleh penyedia asuransi kesehatan juga menyebabkan penurunan pendapatan rumah sakit selama pandemi. Salah satu penyebabnya adalah tidak lengkapnya berkas klaim yang diajukan (Mitchell et al., 2003, Gualniera et al., 2020, Matson et al., 2020). Penolakan klaim menurunkan pendapatan sebagian besar rumah sakit di dunia (Chen et al., 2021b). Penurunan pendapatan mengancam kualitas perawatan. Penurunan pendapatan rumah sakit juga disebabkan oleh penurunan jumlah pasien yang berkunjung (Litvak et al., 2021, Levy et al., 2021, Tonna et al., 2020).

Jenis penggunaan sumber daya rumah sakit untuk perawatan pasien (Aminda and Rahayu, 2020), meliputi penggunaan sumber daya untuk prosedur non bedah dan bedah, pelaksanaan konsultasi, pemanfaatan tenaga ahli, layanan keperawatan, pemeriksaan penunjang (radiologi dan

laboratorium), pelayanan darah, rehabilitasi medik, akomodasi dan kamar, pemberian obat (obat simptomatik, antibiotik, obat kronis, dan obat kemoterapi), penggunaan alat kesehatan dan bahan habis pakai, sewa alat, dan biaya-biaya lainnya untuk perawatan pasien (Aminda and Rahayu, 2020). Penggunaan sumberdaya tersebut di rumah sakit pendidikan oleh dokter residen harus diatur dan disupervisi agar tercapai kendali mutu dan kendali biaya.

Namun hingga kini, khususnya di rumah sakit pendidikan di Indonesia, belum jelas seberapa jauh dampak pandemi COVID-19 dalam kehadiran tenaga kesehatan, profil kunjungan pasien, kondisi finansial (pengeluaran, pendapatan, dan kerugian), serta *outcome* klinis pada perawatan pasien non COVID-19. Selain itu, perbedaan peran PPK dalam mempengaruhi kondisi finansial dan *outcome* klinis pada perawatan pasien non COVID-19 di rumah sakit pendidikan antara sebelum dengan sesudah pandemi juga belum jelas, baik di Indonesia maupun di dunia.

Dengan tidak adanya kejelasan ini, maka peran PPK dalam aspek finansial dan *outcome* pada perawatan pasien non COVID-19 di rumah sakit pendidikan tetap diragukan. Kejelasan yang diperoleh melalui penelitian ini, diperlukan untuk memastikan bahwa PPK berperan penting bagi rumah sakit pendidikan untuk kendali mutu dan biaya, dan upaya penyediaan PPK merupakan prioritas utama bagi rumah sakit pendidikan

untuk menurunkan dampak negatif bencana pada aspek finansial dan *outcome* perawatan pasien.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, dirumuskan masalah penelitian.

Rumusan masalah penelitian dirinci sebagaimana berikut:

1. Bagaimana dampak pandemi pada kehadiran tenaga kesehatan dan profil kunjungan pasien, yang dihubungkan dengan kondisi finansial rumah sakit (pengeluaran, pendapatan, dan kerugian) dan *outcome* (aLOS dan mortalitas) perawatan pasien non COVID-19 di RSUD Dr. Soetomo?.
2. Apakah ada perbedaan pengaruh PPK pada kondisi finansial dan *outcome* pasien non COVID-19, antara sebelum dengan sesudah pandemi, di RSUD Dr. Soetomo?
3. Seberapa jauh dampak negatif pandemi pada outcome klinis dan finansial pasien non COVID-19 dapat diatasi oleh keberadaan PPK di RSUD Dr. Soetomo?

C. Tujuan Penelitian

1) Tujuan Umum

Mengetahui bagaimana dampak pandemi pada ketenagaan, profil pasien, aspek finansial, dan *outcome* pasien non COVID-19, serta apakah dampak negatif pandemi pada *outcome* klinis dan finansial pasien non COVID-19 dapat diatasi oleh PPK dan supervise di RSUD Dr. Soetomo?

2) Tujuan Khusus

- i) Menganalisis dampak pandemi pada kehadiran tenaga kesehatan dan profil kunjungan pasien, yang dihubungkan dengan *outcome* klinis dan *outcome* finansial rumah sakit (pengeluaran, pendapatan, dan kerugian) pada perawatan pasien non COVID-19 di RSUD Dr. Soetomo.
- ii) Menganalisis perbedaan pengaruh PPK dan supervisi pada *outcome* klinis dan finansial pasien non COVID-19 antara sebelum dengan sesudah pandemi, di RSUD Dr. Soetomo.
- iii) Menganalisis dampak negatif pandemi pada *outcome* klinis dan finansial pasien non COVID-19, dan seberapa jauh dampak negatif tersebut dapat diatasi oleh keberadaan PPK dan supervisi di RSUD Dr. Soetomo.

D. Manfaat Penelitian

1) Manfaat Teoritis

Untuk pengembangan pengetahuan tentang bagaimana dampak pandemi pada ketenagaan dan profil pasien, yang dihubungkan dengan outcome klinis dan finansial pasien non COVID-19, serta peran PPK dalam mengatasi dampak negatif pandemi pada outcome klinis dan finansial pasien non COVID-19 di RSUD Dr. Soetomo.

2) Manfaat Praktis

a) Pasien

Mendapatkan jaminan atas pelayanan dengan kendali mutu dan biaya, baik pada kondisi pandemi atau bencana maupun tidak.

b) Perawat dan dokter

Mendapatkan bukti yang lebih jelas tentang peran PPK pada kendali mutu dan biaya, baik pada kondisi pandemi atau bencana maupun tidak.

c) Rumah Sakit

Mendapatkan informasi untuk memastikan bahwa PPK

berperan penting bagi rumah sakit pendidikan untuk kendali mutu dan biaya, dan mendapat informasi bahwa upaya penyediaan PPK merupakan prioritas utama bagi rumah sakit pendidikan untuk menurunkan dampak negatif bencana pada outcome klinis dan finansial perawatan pasien.