

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut *World Health Organization*, Penyakit Kardiovaskular (PKV) merupakan sekelompok gangguan pada jantung dan pembuluh darah yang meliputi penyakit jantung koroner, penyakit serebrovaskular, penyakit arteri perifer, penyakit jantung rematik, penyakit jantung bawaan, thrombosis vena dalam serta emboli pulmonal (WHO, 2020). Faktor risiko PKV ada yang dapat dimodifikasi namun ada pula yang tidak dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi diantaranya adalah kadar lipid dalam darah, faktor inflamasi, perilaku/gaya hidup dan penyakit penyerta contohnya diabetes, hipertensi. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi diantaranya umur, jenis kelamin, dan kondisi menopause (Amani, 2012). Tren peningkatan faktor risiko dari waktu ke waktu menunjukkan beban penyakit kardiovaskular di Indonesia cenderung meningkat (Cardiovascular Division & Health Services 2017).

PKV merupakan penyebab utama kematian secara global, sekitar 17,9 jt meninggal akibat PKV (WHO, 2020). Berdasarkan data riset kesehatan dasar tahun 2018, angka kejadian penyakit jantung dan pembuluh darah semakin meningkat dari tahun ke tahun, 15 dari 1000 orang atau 2,7 jt individu di Indonesia menderita penyakit jantung (RISKESDAS, 2018).

PKV merupakan salah satu penyakit katastrofik. Penyakit katastrofik adalah penyakit yang terapinya memerlukan keahlian khusus, menggunakan alat kesehatan canggih dan atau memerlukan pelayanan kesehatan seumur

hidup. Akibatnya, penyakit katastropik menyerap klaim kesehatan yang tinggi (Suciati, 2013).

Menurut data yang diperoleh dari BPJS kesehatan, tercatat bahwa terdapat delapan jenis penyakit katastropik yang pertanggungannya cukup besar selama 2020. Tiga besar penyakit yang menyerap dana jaminan sosial terbanyak diantaranya adalah penyakit jantung dengan 11,5 jt kasus yang menyerap anggaran Rp 8,2 triliun, disusul penyakit kanker sebanyak 2,2 jt kasus dengan anggaran Rp 3,1 triliun dan penyakit stroke sebanyak 1,7 jt kasus dengan anggaran Rp 2,1 triliun (BPJS Kesehatan, 2021).

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pengelolaan alat kesehatan, sediaan farmasi, dan bahan habis pakai di Rumah Sakit harus dilakukan oleh Instalasi farmasi sistem satu pintu (UU No 44, 2009). Pengelolaan sediaan farmasi diantaranya meliputi kegiatan pemilihan, perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemusnahan dan penarikan, pengendalian dan administrasi. Pengelolaan sediaan farmasi harus menjamin ketersediaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dengan memperhatikan efektivitas, mutu dan efisiensi (Permenkes 72, 2016).

American College of Emergency Physicians memberikan statement yang menganjurkan penggabungan apoteker dalam meningkatkan perawatan pasien (*patient care*) dan kontrol biaya, serta memiliki peran penting dalam memastikan penggunaan obat yang efisien, aman dan efektif. Ada banyak

artikel yang menunjukkan kemampuan apoteker klinis untuk menurunkan biaya perawatan kesehatan dengan merekomendasikan penggunaan obat yang tepat (ACEP, 2015).

Pengelolaan perbekalan farmasi sering menjadi sorotan, hasil survei yang dilakukan oleh *American Society of Health System Pharmacists* dimana perbekalan farmasi menempati urutan ketujuh yang perlu ditenahi karena pengelolaan obat ini penting dan dapat mempengaruhi biaya obat (ASHP, 2018). Pengelolaan obat berhubungan erat dengan anggaran dan belanja rumah sakit. Biaya obat dirumah sakit merupakan 40% dari total biaya kesehatan. Menurut Depkes RI secara nasional biaya obat sebesar 40-50% dari jumlah operasional biaya kesehatan. Mengingat pentingnya dana dan kedudukan obat bagi rumah sakit, sehingga pengelolaanya harus dilakukan secara efektif dan efisien (Satibi, 2014).

Pelayanan obat untuk peserta jaminan kesehatan berpedoman pada formularium nasional. Formularium nasional (fornas) adalah daftar obat terpilih yang dibutuhkan dan digunakan sebagai acuan penulisan resep pada pelaksanaan pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan. Salah satu tujuan penerapan fornas adalah sebagai instrumen kendali mutu dan kendali biaya dalam pelaksanaan JKN. Dengan demikian diharapkan tercapai pelayanan kesehatan yang optimal melalui penggunaan obat rasional dan pasien mendapatkan obat yang aman, bermutu, berkhasiat, dan cost effective. Dalam pelayanan obat yang didasarkan pada fornas perlu diperhatikan kesesuaian indikasi medis, restriksi penggunaan, jumlah peresepan maksimal obat dan ketentuan tingkat fasilitas kesehatan

(Permenkes 54, 2018). Dalam hal ini pelayanan obat untuk peserta JKN perlu diberikan perhatian khusus untuk mencegah terjadinya peluang kerugian dan potensi gagal klaim yang dapat terjadi (Mendrofa & Suryawan, 2016).

Penyediaan obat di fasilitas kesehatan dilaksanakan dengan mengacu kepada formasi dan harga obat yang tercantum dalam *e-catalogue*. Pengadaan obat dalam *e-catalogue* menggunakan mekanisme *e-purchasing* atau bila terdapat kendala dapat dilakukan secara reguler. Jika obat tidak tersedia dalam formasi dan harganya tidak terdapat dalam *e-catalogue*, maka pengadaan dapat menggunakan mekanisme lain yang sesuai peraturan (Permenkes 28, 2014). Terdapat berbagai permasalahan dalam pengelolaan dan pelayanan obat di era JKN salah satunya adalah ketersediaan obat. Pengadaan obat dengan *e-catalogue* sering menemui kekosongan obat dan lamanya barang datang. Hal ini menyebabkan RS membeli obat dari distributor secara reguler dengan harga yang tidak sama dengan harga obat *e-catalogue*, pada umumnya lebih tinggi dari harga *e-catalogue* (Siahaan & Handayani, 2019).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang petunjuk teknis INA-CBGs, metode pembayaran di RS yang ditetapkan oleh BPJS adalah sistem metode prospektif *casemix* INA-CBGs. Sistem *casemix* adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang sama dan menggunakan sumber biaya perawatan yang sama (Permenkes 76, 2016). Penerapan cara pembayaran sistem INA-CBG-s untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan dan pembayaran dengan sistem kapitasi pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Dari ketentuan yang ada, setiap pasien yang dijamin oleh BPJS Kesehatan

tidak dikenakan iuran biaya untuk obat yang diresepkan (Permenkes 54, 2018). Selain tarif INA-CBGs terdapat tarif non INA-CBGs yang merupakan tarif untuk beberapa pelayanan tertentu yaitu alat bantu kesehatan, obat kemoterapi, obat penyakit kronis, CAPD dan PET scan. Untuk Obat penyakit kronis di FKRTL diberikan maksimum untuk 30 hari sesuai indikasi medis. Penggunaan obat akut dan kronis 7 hari masuk bagian dari paket INA-CBGs, sedangkan penggunaan obat 23 hari diklaimkan sebagai tarif Non INA-CBGs, dan harus tercantum pada form (Permenkes 52, 2016).

Penelitian yang dilakukan oleh Oktadiana bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara biaya riil dengan tarif INA-CBGs, rata-rata biaya riil sebesar Rp 335.145 dan rata-rata tarif INA-CBGs sebesar Rp 181.400. Pada analisis ini menunjukkan komponen biaya obat paling tinggi yaitu rata-rata sebesar Rp. 240.701 (Oktadiana *et.al*, 2019).

Penerapan cara pembayaran paket berbasis *casemix* dengan sistem INA-CBGs menuntut pemberian pelayanan kesehatan untuk menggunakan sumber daya termasuk obat secara efisien dan rasional (Adisasmito, 2008). Rumah sakit harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu tetapi juga harus efisien serta menuntut rumah sakit untuk membuat instrumen pengendali mutu pelayanan dan sekaligus pengendali biaya pelayanan, sehingga peran Pedoman Praktek Klinik (PPK) dan *clinical pathway* sebagai pelengkap menjadi sangat penting (Fitria *et.al*, 2021).

Dari uraian diatas, maka dibutuhkan kajian terkait profil penggunaan dan biaya obat pada pasien JKN. Penelitian ini akan dilakukan pada

pereseapan pasien rawat jalan dari poliklinik jantung dan pembuluh darah RS Universitas Airlangga.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimana profil penggunaan dan biaya obat pada pasien rawat jalan JKN dari poliklinik jantung dan pembuluh darah RS Universitas Airlangga?
2. Berapakah persentase penggunaan obat yang masuk fornas dan nonfornas pada resep pasien rawat jalan JKN dari poliklinik jantung dan pembuluh darah RS Universitas Airlangga?
3. Berapa selisih antara biaya obat JKN dengan biaya obat rill yang dikeluarkan oleh rumah sakit pada resep pasien rawat jalan JKN dari poliklinik jantung dan pembuluh darah RS Universitas Airlangga?
4. Berapa biaya total obat INA-CBGs dan Kronis berdasarkan kelompok diagnosa di poliklinik rawat jalan jantung dan pembuluh darah RS Universitas Airlangga?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Menganalisis profil penggunaan obat dan biaya obat menggunakan metode ABC, VEN dan kombinasi ABC-VEN.
2. Menganalisis persentase penggunaan obat yang masuk fornas dan non fornas.
3. Menganalisis selisih biaya obat JKN dengan biaya obat rill yang dikeluarkan rumah sakit.
4. Menganalisis biaya total obat INA-CBGs dan kronis berdasarkan kelompok diagnosa.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Sebagai sumber informasi yang dapat digunakan oleh instalasi farmasi sebagai bahan pertimbangan dalam pembuatan perencanaan obat.
2. Memberikan masukan terkait pelayanan di poliklinik jantung dan pembuluh darah serta sebagai bahan acuan dalam perbaikan *clinical pathway*.