

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Asuransi Kesehatan

Indonesia merupakan negara berkembang yang masih mencari suatu sistem yang tepat dalam segala bidang kehidupan berbangsa dan bernegara termasuk dalam sistem pembiayaan kesehatan. Perubahan paradigma pembangunan kesehatan mengantarkan Indonesia pada perubahan suatu sistem pembiayaan kesehatan dari sistem purna bayar menjadi sistem prabayar. Hanya saja pembiayaan kesehatan di Indonesia masih didominasi oleh masyarakat dan swasta karena kegagalan pemerintah dalam menyediakan suatu sistem pembiayaan kesehatan yang menjangkau seluruh warga negara Indonesia.

Asuransi kesehatan merupakan sistem pembiayaan kesehatan yang paling tepat untuk dapat menjamin kelangsungan pemeliharaan kesehatan masyarakat

(Januraga, 2010). Namun kenyataannya cakupan asuransi kesehatan di Indonesia masih sangat kecil, yaitu sekitar 18% dari populasi, dimana sebagian besar yaitu sekitar 7% dari populasi ditangani oleh PT ASKES. Rendahnya cakupan asuransi kesehatan ini disebabkan oleh karena belum adanya sistem yang mendorong masyarakat untuk berasuransi kesehatan, sedangkan di sisi lain kesadaran dan kemampuan masyarakat untuk berasuransi masih relatif rendah (Christiana, 2002).

Sebagian besar masyarakat Indonesia saat ini masih bergantung pada sistem pembiayaan kesehatan secara *Out of Pocket*, dimana pasien atau keluarganya langsung membayar pada penyedia layanan kesehatan. Dari laporan World Health Organization di tahun 2006 sebagian besar (70%) masyarakat Indonesia masih bergantung pada sistem *Out of Pocket*, dan hanya 8,4% yang dapat mengikuti sistem pembayaran prabayar/asuransi (WHO: 2009).

Kelemahan sistem *Out of Pocket* adalah terbukanya peluang bagi pihak penyedia layanan kesehatan untuk memanfaatkan hubungan *Agency Relationship* antara Dokter-Pasien. Dokter mendapat imbalan berupa uang jasa medik untuk pelayanan yang diberikannya kepada pasien yang besar-kecilnya ditentukan dari negosiasi antara dokter dan manajemen rumah sakit. Semakin banyak jumlah pasien yang ditangani, semakin besar pula imbalan yang akan didapat dari jasa medik yang dibebankan kepada pasien. Dengan demikian, secara tidak langsung dokter didorong untuk meningkatkan volume pelayanannya pada pasien untuk mendapatkan imbalan jasa yang lebih banyak. Ini adalah '*moral hazard*' yang menggoda kalangan dokter untuk mengeksploitasi kuatnya posisi dokter dalam hubungannya dengan pasien.

Pengertian Asuransi Kesehatan Komersial

Asuransi kesehatan merupakan jenis usaha jasa keuangan yang sangat kompleks yang melibatkan tiga unsur yang tidak dapat dipisahkan yaitu peserta (*enrollee/insured*), pemberi pelayanan (*provider*) dan badan asuransi (*insurer*). Sebagai suatu perusahaan jasa keuangan, efisiensi dan profit merupakan tuntutan utama. Sedangkan sebagai suatu usaha dalam bidang jasa pelayanan kesehatan, menuntut seni tersendiri, untuk dapat memberi kepuasan terhadap setiap individu terkait, baik peserta maupun pemberi pelayanan kesehatan (Christiana, 2002).

Dalam kamus lengkap Bahasa Indonesia, asuransi berarti pertanggungangan atau perjanjian antara pihak penanggung dengan pihak tertanggung bila terjadi kematian, kecelakaan, kerugian, sakit ataupun sebagainya dengan memberikan sejumlah uang yang telah ditetapkan di dalam perjanjian. Kata asuransi berasal dari bahasa

Inggris yaitu “insurance” atau in-sure yang berarti “memastikan”. (Hoetomo,2005). Dalam konteks asuransi kesehatan, pengertian asuransi adalah memastikan bahwa seseorang yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan yang ia butuhkan tanpa harus mempertimbangkan keadaan ekonominya karena ada pihak yang akan menjamin atau menanggung biaya pengobatan atau perawatannya (Thabrany, 2001).

Definisi asuransi menurut ketentuan Pasal 1 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 Tentang Usaha Perasuransian adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih dimana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung dengan menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas

meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan. Dalam UU Asuransi pihak penyelenggara asuransi disebut asuradur. Manfaat asuransi kesehatan adalah mendekatkan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, membantu mengubah sesuatu yang tidak pasti menjadi pasti dan terencana khususnya dalam hal pembiayaan kesehatan, membantu mengurangi risiko perorangan menjadi risiko kelompok melalui mekanisme membagi risiko atau *risk sharing* antara mereka yang berisiko tinggi dan rendah (Djuhaeni, 2007).

Private insurance atau asuransi kesehatan komersial menurut UU No 2 Tahun 1992 Tentang Usaha Perasuransian adalah suatu perjanjian asuransi yang bersifat sukarela, diselenggarakan atas kehendak pribadi dengan maksud untuk melindungi dirinya dari kemungkinan terjadi kerugian karena suatu peristiwa yang tidak tertentu. Pada umumnya *private*

insurance diusahakan oleh perusahaan swasta, firma, maupun pemerintah.

Asuransi kesehatan merupakan salah satu bentuk manajemen risiko yang memindahkan risiko atau mentransfer risiko kepada perusahaan asuransi. Asuransi kesehatan komersial telah ditawarkan di Indonesia pada awal tahun 1970an oleh perusahaan asuransi multinasional yang memiliki kantor cabang atau unit usaha di Indonesia (Thabrany, 2001). Saat ini bisnis asuransi kesehatan komersial yang awalnya dilakoni oleh perusahaan swasta mulai dilirik oleh PT Askes yang merupakan perusahaan milik pemerintah. Berdasarkan Peraturan Pemerintah No. 69 tahun 1991 PT Askes (Persero) memiliki peluang untuk mengembangkan kepesertaannya pada Badan Usaha dan Badan Lainnya, yang diselenggarakan sebagai Program Askes Komersial.

Perkembangan penjualan asuransi komersial yang dijual oleh perusahaan asuransi sebelum tahun 1992 tidak berkembang pesat karena landasan hukum tidak begitu

jelas. Asuransi kesehatan komersial pada saat itu umumnya dijual sebagai produk tumpangan (*rider*) yang dijual oleh perusahaan asuransi kerugian, bukan asuransi jiwa karena asuransi kesehatan merupakan asuransi kerugian. Tetapi setelah tahun 1992 sampai sekarang, produk asuransi kesehatan boleh dijual oleh perusahaan asuransi jiwa berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Asuransi yang menyatakan bahwa perusahaan asuransi jiwa boleh menjual produk asuransi kesehatan. Dengan keluarnya Undang-Undang asuransi ini, maka perusahaan asuransi jiwa maupun asuransi kerugian dapat menjual produk asuransi kesehatan dan turunannya. Pertumbuhan pasar asuransi kesehatan kemudian berkembang sangat pesat karena dukungan dari PP 14 Tahun 1993 tentang Jamsostek yang membolehkan opt out sehingga banyak perusahaan yang memilih membeli asuransi kesehatan dari swasta dibandingkan dengan mengikuti program JPK (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan) PT Jamsostek (Thabrany, 2001).

Asuransi komersial (*Commercial Health Insurance*) kini berkembang menjadi asuransi kesehatan komersial dengan regulasi (*Regulated Health Insurance*) yang dalam laporan Bank Dunia pada tahun 1993 disarankan untuk dilaksanakan sebagai pengganti prinsip *Commercial/ Private Health Insurance*. Namun di Indonesia sendiri *Regulated Health Insurance* belum dikembangkan mengingat peraturan dan sistem perundang-undangan yang mengatur secara jelas dan tegas mengenai sistem asuransi kesehatan komersial belum ada.

2. Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional ini diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Tujuannya

adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi, sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak. Kelebihan sistem asuransi sosial dibandingkan dengan asuransi komersial antara lain:

Tabel 2.1 Perbandingan sistem Asuransi

Asuransi Sosial	Asuransi Komersial
1. Kepesertaan bersifat wajib	1. Kepesertaan bersifat sukarela
2. Non Profit	2. Profit
3. Manfaat komprehensif	3. Manfaat sesuai premi

** berpotensi mencakup 100% penduduk (*universal coverage*) dan relatif dapat menekan peningkatan biaya pelayanan kesehatan.

Prinsip-prinsip Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berikut:

a) Prinsip kegotongroyongan

Gotong royong sesungguhnya sudah menjadi salah satu prinsip dalam hidup bermasyarakat dan juga merupakan salah satu akar dalam kebudayaan kita. Dalam SJSN, prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang berisiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk, tanpa pandang bulu. Dengan demikian, melalui prinsip gotong- royong jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

b) Prinsip nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (for profit oriented). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana yang dikumpulkan

dari masyarakat adalah dana amanat, sehingga hasil pengembangannya, akan di manfaatkan sebesar -besarnya untuk kepentingan peserta.

c) Prinsip keterbukaan,kehati-hatian,akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.

Prinsip prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

d) Prinsip portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

e) Prinsip kepesertaan bersifat wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan

ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dapat mencakup seluruh rakyat.

f) Prinsip dana amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

g) Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial

dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

3. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah Badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. BPJS

Kesehatan mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Peserta Jaminan Kesehatan yaitu setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran, meliputi:

- a. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI): fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- b. Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (Non PBI), terdiri dari :
 - 1) Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya
 - a) Pegawai Negeri Sipil
 - b) Anggota TNI

- c) Anggota Polri
- d) Pejabat Negara
- e) Pegawai Pemerintah non Pegawai Negeri
- f) Pegawai Swasta
- g) Pekerja yang tidak termasuk huruf a sd f yang menerima Upah.

Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.

2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya

- a) Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri
- b) Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah.

Termasuk WNA yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.

3) Bukan pekerja dan anggota keluarganya

- a) Investor
- b) Pemberi Kerja

c) Penerima Pensiun, terdiri dari:

1) Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun

2) Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun

3) Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun

4) Penerima pensiun lain

5) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun lain yang mendapat hak pensiun

d) Veteran

e) Perintis Kemerdekaan

f) Janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan

g) Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sd e yang mampu membayar iuran. Anggota keluarga yang ditanggung antara lain:

1) Pekerja Penerima Upah:

a) Keluarga inti meliputi istri/suami dan anak yang sah (anak kandung, anak tiri dan/atau anak angkat), sebanyak-banyaknya 5 (lima) orang.

b) Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, dengan kriteria:

1) Tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiri.

2) Belum berusia 21 (dua puluh satu) tahun atau belum berusia 25 (dua puluh lima) tahun yang masih melanjutkan pendidikan formal.

2) Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan

Pekerja :

Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang diinginkan (tidak terbatas).

3) Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan, yang meliputi anak ke-4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua.

4) Peserta dapat mengikutsertakan anggota keluarga tambahan, yang meliputi kerabat lain seperti Saudara kandung/ ipar, asisten rumah tangga, dll.

Peserta BPJS mempunyai beberapa hak dan kewajiban sebagai berikut:

Hak Peserta

1. Mendapatkan kartu peserta sebagai bukti sah untuk memperoleh pelayanan kesehatan.
2. Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
3. Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

4. Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis ke Kantor BPJS Kesehatan.

Kewajiban Peserta

1. Mendaftarkan dirinya sebagai peserta serta membayar iuran yang besarnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
2. Melaporkan perubahan data peserta, baik karena pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat atau pindah fasilitas kesehatan tingkat I.
3. Menjaga Kartu Peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak.
4. Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan

4. INA CBG's (*Indonesia Case Based Group*)

Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) menjadi INA-CBG (*Indonesia Case Based Group*) seiring dengan perubahan grouper dari 3M Grouper ke UNU (United Nation University) Grouper. Dengan demikian, sejak bulan Oktober 2010 sampai Desember 2013, pembayaran kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Lanjutan dalam Jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) menggunakan INA-CBG. Sejak diimplementasikannya sistem casemix di Indonesia telah dihasilkan 3 kali perubahan besaran tarif, yaitu tarif INA-DRG Tahun 2008, tarif INA-CBG Tahun 2013 dan tarif INA-CBG Tahun 2014. Tarif INA-CBG mempunyai 1.077 kelompok tarif terdiri dari 789 kode grup/kelompok rawat inap dan 288 kode grup/kelompok rawat jalan, menggunakan sistem koding dengan ICD-10 untuk diagnosis serta ICD-9-CM untuk prosedur/tindakan. Pengelompokan kode diagnosis dan prosedur dilakukan dengan menggunakan grouper UNU (UNU grouper).

UNU Grouper adalah Grouper casemix yang dikembangkan oleh United Nations University (UNU).

Tarif INA-CBGs menurut Permenkes no.76 tahun 2016 tentang Pedoman INA CBGs Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, memiliki beberapa prinsip sebagai berikut :

a. Pengelompokan Tarif 6 kluster rumah sakit, yaitu :

1) Tarif Rumah Sakit Umum Pusat Nasional
Dr.Cipto Mangunkusumo

2) Tarif Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita,Rumah Sakit Anak dan Bunda Harapan Kita, dan Rumah Sakit Kanker Dharmais

3) Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta KelasA

4) Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta KelasB

5) Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta KelasC

6) Tarif Rumah Sakit Pemerintah dan Swasta
Kelas D

7) Tarif Rumah Sakit Umum Rujukan Nasional

Pengelompokan tarif berdasarkan penyesuaian setelah melihat besaran *Hospital Base Rate* (HBR) sakit yang didapatkan dari perhitungan total biaya pengeluaran rumah sakit. Apabila dalam satu kelompok terdapat lebih dari satu rumah sakit, maka digunakan *Mean Base Rate*.

Untuk Rumah Sakit yang belum memiliki penetapan kelas serta FKRTL (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut) selain rumah sakit, maka tarif INA-CBG yang digunakan setara dengan kelompok tarif Rumah Sakit Kelas D sesuai regionalisasi masing - masing.

b. Regionalisasi, tarif terbagi atas 5 Regional yang didasarkan pada Indeks Harga Konsumen (IHK) dan telah

disepakati bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan

c. Terdapat pembayaran tambahan (Top Up) dalam sistem INA-CBGs versi 4.0 untuk kasus - kasus tertentu yang masuk dalam *special casemix main group* (CMG) ,meliputi :

1. *Special Prosedure*
2. *Special Drugs*
3. *Special Investigation*
4. *Special Prosthesis*
5. *Special Groups Subacute dan Kronis*

Top up pada special CMG tidak diberikan untuk seluruh kasus atau kondisi, tetapi hanya diberikan pada kasus dan kondisi tertentu. Khususnya pada beberapa kasus atau kondisi dimana rasio antara tarif INA-CBGs yang sudah dibuat berbeda cukup besar dengan tarif RS. Penjelasan lebih rinci tentang *Top Up* dapat dilihat pada poin D.

- d. Tidak ada perbedaan tarif antara rumah sakit umum dan khusus, disesuaikan dengan penetapan kelas yang dimiliki untuk semua pelayanan di rumah sakit penetapan kelas yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI.
- e. Tarif INA-CBGs merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis. Untuk Rumah Sakit yang belum memiliki penetapan kelas, maka tarif INA-CBGs yang digunakan setara dengan Tarif Rumah Sakit Kelas D sesuai regionalisasi masing-masing.

Penghitungan tarif INA CBGs berbasis pada data costing dan data koding rumah sakit. Data costing didapatkan dari rumah sakit terpilih (rumah sakit sampel) representasi dari kelas rumah sakit, jenis rumah sakit maupun kepemilikan rumah sakit (rumah sakit swasta dan pemerintah), meliputi seluruh data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit, tidak termasuk obat yang sumber pembiayaannya dari program pemerintah

(HIV, TB, dan lainnya). Data koding diperoleh dari data koding rumah sakit PPK Jamkesmas. Untuk penyusunan tarif JKN digunakan data costing 137 rumah sakit pemerintah dan swasta serta 6 juta data koding (kasus).

Regionalisasi dalam tarif INA-CBGs dimaksudkan untuk mengakomodir perbedaan biaya distribusi obat dan alat kesehatan di Indonesia. Dasar penentuan regionalisasi digunakan Indeks Harga Konsumen (IHK) dari Badan Pusat Statistik (BPS), pembagian regionalisasi dikelompokkan menjadi 5 regional. Kesepakatan mengenai pembagian regional dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) dengan hasil regionalisasi tingkat provinsi sebagai berikut :

Daftar regionalisasi tarif INA-CBGs

Tabel 2.2 Regionalisasi Tarif INA CBG'S

Regionalisasi				
I	II	III	IV	V
Banten	Sumatera	NAD	Kalimantan	Bangka
DKI Jakarta	Barat	Sumatera Utara	Selatan	Belitung
Jawa Barat	Riau	Jambi	Kalimantan	NTT
Jawa Tengah	Sumatera	Bengkulu	Tengah	Kalimantan
DI	Selatan	Kep. Riau		Timur
Yogyakarta	Lampung	Kalimantan Barat		Kalimantan
Jawa Timur	Bali	Sulawesi Utara		Utara
	NTB	SulawesiTengah		Maluku
		SulawesiTenggara		Maluku
		Gorontalo		Utara
		Sulawesi Barat		Papua
		Sulawesi Selatan		Papua Barat

5. Farmakoekonomi

Farmakoekonomi adalah proses identifikasi, pengukuran, dan membandingkan biaya, risiko, dan manfaat dari program, pelayanan, atau terapi dan menentukan alternatif yang memberikan keluaran kesehatan terbaik untuk sumber daya yang digunakan.

(Andayani,2013)

Tujuan farmakoekonomi adalah membandingkan obat yang berbeda untuk pengobatan pada kondisi yang sama. Selain itu juga dapat membandingkan pengobatan yang berbeda pada kondisi yang berbeda. (Vogenberg,2001)

Hasil farmakoekonomi dapat dijadikan sebagai informasi untuk membantu pembuat kebijakan dalam menentukan pilihan atas alternatif pengobatan agar pelayanan kesehatan lebih efisien dan ekonomis. (Trisna, 2010)

Terdapat 4 metode dalam farmakoekonomi, dapat dilihat pada tabel 2.3.

Tabel 2.3 Metode analisis dalam kajian
farmakoekonomi

Metode analisis	Karakteristik analisis
Analisis Minimalisasi Biaya (AMiB)	Efek dua intervensi sama, evaluasi biaya dalam rupiah
Analisis Efektivitas Biaya (AEB)	Efek dari satu intervensi lebih tinggi, hasil pengobatan diukur dalam unit alamiah / indikator kesehatan, evaluasi/biaya dalam rupiah
Analisis Utilitas Biaya (AUB)	Efek dari satu intervensi lebih tinggi, hasil pengobatan dalam <i>quality-adjusted life years</i> / biaya dalam rupiah
Analisis Manfaat Biaya (AMB)	Efek dari satu intervensi lebih tinggi, hasil pengobatan dinyatakan dalam rupiah / biaya dalam rupiah

a. Analisis Minimalisasi Biaya (AMiB)

Metode AMiB merupakan metode farmakoekonomi paling sederhana dan hanya dapat digunakan untuk membandingkan dua atau lebih intervensi kesehatan, termasuk obat yang memberikan hasil yang sama, serupa atau setara.

Oleh karena hasil pengobatan dari intervensi sama, maka yang dibandingkan hanya satu sisi yaitu biaya (Kementrian Kesehatan RI., 2013). Contoh AMiB yang sering dilakukan adalah membandingkan dua obat generik yang dinyatakan ekuivalen oleh FDA. Jika obat yang dibandingkan ekuivalen (tetapi diproduksi dan dijual oleh perusahaan berbeda), hanya perbedaan biaya obat yang digunakan untuk memilih salah satu yang nilainya paling tinggi. AMiB tidak bisa digunakan untuk membandingkan obat yang berbeda kelas terapi dengan outcome yang berbeda (Andayani, 2013).

b. Analisis Efektivitas Biaya (AEB)

Analisis efektivitas biaya (AEB) cukup sederhana dan banyak digunakan untuk kajian farmakoekonomi dengan membandingkan dua atau

lebih intervensi kesehatan yang memberikan besaran efek berbeda (Rascati, et al., 2009). Pada AEB, biaya intervensi kesehatan diukur dalam unit moneter dan hasil dari intervensi tersebut dalam unit alamiah/indikator kesehatan baik klinis maupun non klinis (non-moneter). Tidak seperti unit moneter yang seragam dan mudah dikonversikan, indikator kesehatan sangat beragam. Oleh sebab itu, AEB hanya dapat digunakan untuk membandingkan intervensi kesehatan yang memiliki tujuan sama (Kementrian Kesehatan RI., 2013).

c. Analisis Utilitas Biaya (AUB)

Metode AUB memiliki kemiripan dengan AEB, tetapi outcomenya dinyatakan dengan utilitas yang terkait dengan peningkatan kualitas akibat intervensi kesehatan yang dilakukan (Kementrian

Kesehatan RI., 2013). Luaran yang sering digunakan dalam AUB adalah quality-adjusted life year (QLAY) yang menggabungkan kualitas (morbiditas) dan kuantitas (mortalitas) hidup. Kelebihan AUB adalah tipe luaran kesehatan yang berbeda dan penyakit dengan beberapa luaran dapat dibandingkan menggunakan satu unit pengukuran yaitu QLAY. Kekurangan metode ini adalah sulit untuk menentukan utilitas atau QLAY secara tepat (Andayani, 2013).

d. Analisis Manfaat Biaya (AMB)

Analisis manfaat biaya (AMB) adalah suatu teknik analisis dalam ilmu farmakoekonomi yang menghitung dan membandingkan biaya suatu intervensi kesehatan terhadap manfaatnya dan diekspresikan dalam satuan moneter (Kementrian

Kesehatan RI., 2013). Kelebihan AMB adalah beberapa luaran yang berbeda dapat dibandingkan, luaran diukur dengan nilai mata uang. Kekurangan AMB adalah bahwa menempatkan nilai ekonomi pada luaran medik bukan merupakan hal yang mudah dan tidak ada kesepakatan bersama metode standar untuk bisa memenuhinya (Andayani, 2013).

6. Biaya dalam kesehatan

Biaya pelayanan kesehatan dikelompokkan menjadi 4 kategori (Tabel 2.4)

Tabel 2.4 Tipe kategori biaya

No	Tipe Kategori Biaya	Contoh
1	Biaya medis langsung (<i>Direct Medical costs</i>)	Pengobatan, monitoring terapi, administrasi terapi, konsultasi dan konseling pasien, rawat inap, tes diagnostik dan kunjungan dokter
2	Biaya non-medis langsung (<i>Direct non-medical costs</i>)	Transportasi untuk mencapai rumah sakit, penginapan untuk keluarga pasien
3	Biaya tidak langsung (<i>Indirect costs</i>)	Produktivitas pasien yang hilang, produktivitas dari <i>caregiver</i> yang tidak terbayarkan

4 Biaya tidak teraba (*Intangible* Nyeri, lemah, cemas
costs)

Sumber : Bootman et al., (2005)

a.*Direct medical costs* (biaya medis langsung)

Biaya medis langsung adalah biaya yang paling sering diukur, merupakan input yang digunakan secara langsung untuk memberikan terapi. Misalnya biaya obat, test diagnostik, kunjungan dokter, kunjungan ke unit gawat darurat atau biaya rawat inap (Tri Murti, 2013).

b.*Direct nonmedical cost* (biaya non-medis langsung)

Biaya non medis langsung adalah biaya untuk pasien atau keluarga yang terkait langsung dengan perawatan pasien tetapi tidak langsung terkait dengan terapi. Misalnya biaya menuju rumah sakit, klinik, makanan dan penginapan yang dibutuhkan pasien dan keluarga selama terapi di luar kota (Andayani, 2013).

c. Indirect cost (biaya tidak langsung)

Biaya tidak langsung adalah sejumlah biaya yang terkait dengan hilangnya produktivitas akibat menderita suatu penyakit (Bootman, et al., 2005).

d. Intangible cost (biaya tidak teraba)

Biaya tidak teraba adalah biaya yang sulit diukur dalam unit moneter, misalnya rasa sakit dan rasa cemas yang diderita pasien/keluarganya (Bootman, et al., 2005).

7. Efisiensi

Efisiensi dapat didefinisikan sebagai perbandingan antara luaran (output) dengan masukan (input), atau jumlah luaran yang dihasilkan dari satu input yang dipergunakan. Efisiensi adalah tingkat pengendalian biaya atau pengorbanan sumber daya ekonomi yang diukur dalam satuan uang yang telah terjadi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. (Mulyadi, 2000)

Efisiensi biaya yang juga dikenal sebagai efisiensi ekonomis adalah rasio antara biaya minimum dengan biaya aktual. Jadi konsep yang digunakan dalam efisiensi ekonomis adalah meminimalkan biaya. Suatu proses produksi akan efisien secara ekonomis pada suatu tingkatan output apabila tidak ada proses lain yang dapat menghasilkan output serupa dengan biaya yang lebih murah. (Cooper, 2007)

Di dalam teori ekonomi, ada dua konsep umum mengenai efisiensi, yakni efisiensi yang ditinjau dari konsep ekonomi dan efisiensi yang ditinjau dari konsep produksi. Efisiensi dalam konsep ekonomi merujuk pada sejumlah konsep yang terkait pada penggunaan, pemaksimalan serta pemanfaatan seluruh sumber daya dalam proses produksi barang dan jasa. (Sullivan, Arthur, 2011). Penggunaan sumber daya bisa dikatakan efisien apabila : 1. seluruh sumber daya yang tersedia sepenuhnya digunakan; 2. corak penggunaannya adalah sudah sedemikian rupa sehingga

tidak terdapat lagi corak penggunaan lain yang akan memberikan tambahan kemakmuran bagi masyarakat atau individu. (Sukirno, Sadono, 2008)

8. Kendali Mutu

Pengendalian mutu (*Quality Control*), atau QC untuk akronimnya, adalah suatu proses yang pada intinya adalah menjadikan entitas sebagai peninjau kualitas dari semua faktor yang terlibat dalam kegiatan produksi. Terdapat tiga aspek yang ditekankan pada pendekatan ini, yaitu:

- a. Unsur-unsur seperti kontrol, manajemen pekerjaan, proses-proses yang terdefinisi dan telah dikelola dengan baik, kriteria integritas dan kinerja, dan identifikasi catatan.
- b. Kompetensi, seperti pengetahuan, keterampilan, pengalaman, dan kualifikasi.

c. Elemen lunak, seperti kepegawaian, integritas, kepercayaan, budaya organisasi, motivasi, semangat tim, dan hubungan yang berkualitas.

Pengendalian kualitas (*Quality Control*) menentukan komponen-komponen mana yang rusak dan menjaga agar bahan-bahan untuk produksi mendatang jangan sampai rusak. Pengendalian kualitas merupakan alat bagi manajemen untuk memperbaiki kualitas produk bila diperlukan, mempertahankan kualitas yang sudah tinggi dan mengurangi jumlah bahan yang rusak (Reksohadiprojo, 2008).

Langkah-langkah dalam upaya mencapai tujuan pengendalian mutu sebagai berikut :

a. Pengendalian biaya (*Cost Control*)

Tujuannya adalah agar produk yang dihasilkan memberikan harga yang bersaing (*Competitive price*)

b. Pengendalian Produksi (*Production Control*)

Tujuannya adalah agar proses produksi (proses pelaksanaan dan berjalan) bisa lancar, cepat dan jumlahnya sesuai dengan rencana pencapaian target.

c. Pengendalian Standar Spesifikasi produk

Meliputi aspek kesesuaian, keindahan, kenyamanan dipakai dsb, yaitu aspek-aspek fisik dari produk.

d. Pengendalian waktu penyerahan produk (*delivery control*)

Penyerahan barang terkait dengan pengaturan untuk menghasilkan jumlah produk yang tepat waktu pengiriman, sehingga dapat tepat waktu diterima oleh pembeli.

9. Peran Apoteker dalam Kendali Mutu dan Kendali Biaya

Menurut Permenkes No.34 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah sakit, Apoteker adalah sarjana farmasi yang telah lulus pendidikan profesi dan telah

mengucapkan sumpah berdasarkan peraturan perundangan yang berlaku dan berhak melakukan pekerjaan kefarmasian di Indonesia sebagai Apoteker. Setiap profesi harus disertifikasi secara resmi oleh lembaga keprofesian untuk tujuan diakui keahliannya pekerjaan keprofesiannya dan proses ini sering dikenal dengan kompetensi Apoteker. Kompetensi Apoteker menurut *International Pharmaceutical Federation* (IPF) adalah kemauan individu farmasis untuk melakukan praktek kefarmasian sesuai syarat legal minimum yang berlaku serta mematuhi standar profesi dan etik kefarmasian.

Berdasarkan Permenkes No.34 tahun 2016, Apoteker memiliki 11 (sebelas) tugas dalam pelayanan farmasi klinik di rumah sakit meliputi :

1. Pengkajian dan pelayanan resep

Pelayanan Resep dimulai dari penerimaan, pemeriksaan ketersediaan, pengkajian Resep, penyiapan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai

termasuk peracikan Obat, pemeriksaan, penyerahan disertai pemberian informasi. Pada setiap tahap alur pelayanan Resep dilakukan upaya pencegahan terjadinya kesalahan pemberian Obat (*medication error*).

Kegiatan ini untuk menganalisa adanya masalah terkait Obat, bila ditemukan masalah terkait Obat harus dikonsultasikan kepada dokter penulis Resep. Apoteker harus melakukan pengkajian Resep sesuai persyaratan administrasi, persyaratan farmasetik, dan persyaratan klinis baik untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan.

2. Penelusuran riwayat penggunaan obat

Penelusuran riwayat penggunaan Obat merupakan proses untuk mendapatkan informasi mengenai seluruh Obat/Sediaan Farmasi lain yang pernah dan sedang digunakan, riwayat pengobatan dapat diperoleh dari wawancara atau data rekam medik/pencatatan penggunaan Obat pasien.

3. Rekonsiliasi obat

Rekonsiliasi Obat merupakan proses membandingkan instruksi pengobatan dengan Obat yang telah didapat pasien. Rekonsiliasi dilakukan untuk mencegah terjadinya kesalahan Obat (*medication error*) seperti Obat tidak diberikan, duplikasi, kesalahan dosis atau interaksi Obat. Kesalahan Obat (*medication error*) rentan terjadi pada pemindahan pasien dari satu Rumah Sakit ke Rumah Sakit lain, antar ruang perawatan, serta pada pasien yang keluar dari Rumah Sakit ke layanan kesehatan primer dan sebaliknya.

4. Pelayanan Informasi Obat (PIO)

Pelayanan Informasi Obat (PIO) merupakan kegiatan penyediaan dan pemberian informasi, rekomendasi Obat yang independen, akurat, tidak bias, terkini dan komprehensif yang dilakukan oleh Apoteker kepada dokter, Apoteker, perawat, profesi kesehatan lainnya serta pasien dan pihak lain di luar Rumah Sakit.

5. Konseling

Konseling Obat adalah suatu aktivitas pemberian nasihat atau saran terkait terapi Obat dari Apoteker (konselor) kepada pasien dan/atau keluarganya. Konseling untuk pasien rawat jalan maupun rawat inap di semua fasilitas kesehatan dapat dilakukan atas inisiatif Apoteker, rujukan dokter, keinginan pasien atau keluarganya. Pemberian konseling yang efektif memerlukan kepercayaan pasien dan/atau keluarga terhadap Apoteker.

6. Visite

Visite merupakan kegiatan kunjungan ke pasien rawat inap yang dilakukan Apoteker secara mandiri atau bersama tim tenaga kesehatan untuk mengamati kondisi klinis pasien secara langsung, dan mengkaji masalah terkait Obat, memantau terapi Obat dan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki, meningkatkan terapi Obat yang rasional, dan menyajikan informasi Obat kepada dokter, pasien serta profesional kesehatan lainnya. Visite juga dapat dilakukan pada pasien yang sudah keluar

Rumah Sakit baik atas permintaan pasien maupun sesuai dengan program Rumah Sakit yang biasa disebut dengan Pelayanan Kefarmasian di rumah (Home Pharmacy Care).

7. Pemantauan Terapi Obat (PTO)

Pemantauan Terapi Obat (PTO) merupakan suatu proses yang mencakup kegiatan untuk memastikan terapi Obat yang aman, efektif dan rasional bagi pasien.

Kegiatan dalam PTO meliputi:

- a. pengkajian pemilihan Obat, dosis, cara pemberian Obat, respons terapi, Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki (ROTD);
- b. pemberian rekomendasi penyelesaian masalah terkait Obat;
- c. pemantauan efektivitas dan efek samping terapi Obat.

8. Monitoring Efek Samping Obat (MESO)

Monitoring Efek Samping Obat (MESO) merupakan kegiatan pemantauan setiap respon terhadap Obat yang tidak dikehendaki, yang terjadi pada dosis lazim yang digunakan pada manusia untuk tujuan profilaksis, diagnosa dan terapi. Efek Samping Obat adalah reaksi Obat yang tidak dikehendaki yang terkait dengan kerja farmakologi.

9. Evaluasi Penggunaan Obat (EPO)

Evaluasi Penggunaan Obat (EPO) merupakan program evaluasi penggunaan Obat yang terstruktur dan berkesinambungan secara kualitatif dan kuantitatif.

Tujuan EPO yaitu:

- a. mendapatkan gambaran keadaan saat ini atas pola penggunaan Obat;
- b. membandingkan pola penggunaan Obat pada periode waktu tertentu;
- c. memberikan masukan untuk perbaikan penggunaan Obat; dan

d. menilai pengaruh intervensi atas pola penggunaan Obat.

10. Dispensing sediaan steril; dan

Dispensing sediaan steril harus dilakukan di Instalasi Farmasi Rumah Sakit dengan teknik aseptik untuk menjamin sterilitas dan stabilitas produk dan melindungi petugas dari paparan zat berbahaya serta menghindari terjadinya kesalahan pemberian Obat.

Kegiatan dispensing sediaan steril meliputi :

a. Pencampuran Obat Suntik

Melakukan pencampuran Obat steril sesuai kebutuhan pasien yang menjamin kompatibilitas dan stabilitas Obat maupun wadah sesuai dengan dosis yang ditetapkan.

b. Penyiapan Nutrisi Parenteral

Merupakan kegiatan pencampuran nutrisi parenteral yang dilakukan oleh tenaga yang terlatih secara aseptis sesuai kebutuhan pasien dengan

menjaga stabilitas sediaan, formula standar dan kepatuhan terhadap prosedur yang menyertai.

c. Penanganan Sediaan Sitostatik

Penanganan sediaan sitostatik merupakan penanganan Obat kanker secara aseptis dalam kemasan siap pakai sesuai kebutuhan pasien oleh tenaga farmasi yang terlatih dengan pengendalian pada keamanan terhadap lingkungan, petugas maupun sediaan obatnya dari efek toksik dan kontaminasi, dengan menggunakan alat pelindung diri, mengamankan pada saat pencampuran, distribusi, maupun proses pemberian kepada pasien sampai pembuangan limbahnya.

11. Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD)

Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD) merupakan interpretasi hasil pemeriksaan kadar Obat tertentu atas permintaan dari dokter yang merawat karena

indeks terapi yang sempit atau atas usulan dari Apoteker kepada dokter.

10. Telaah Resep

Menurut Permenkes nomor 34 tahun 2016, Telaah resep atau pengkajian resep adalah kegiatan dalam pelayanan kefarmasian yang dimulai dari seleksi persyaratan administrasi, persyaratan farmasi dan persyaratan klinis baik untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan.

Persyaratan administrasi meliputi :

- Nama, umur, jenis kelamin, berat badan dan tinggi badan pasien
- Nama, nomor ijin, alamat dan paraf dokter
- Tanggal resep
- Ruangan/unit asal resep

Persyaratan farmasetik meliputi:

- Nama obat, bentuk dan kekuatan sediaan
- Dosis dan jumlah obat

- Stabilitas; dan
- Aturan dan cara penggunaan

Persyaratan klinis meliputi :

- Ketepatan indikasi,dosis dan waktu penggunaan obat
- Duplikasi pengobatan
- Alergi dan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki (ROTD)
- Kontra indikasi
- Interaksi obat

B. Penelitian Terdahulu

Penelitian mengenai efisiensi biaya yang dihasilkan dari intervensi apoteker dalam pelayanan resep pasien BPJS rawat jalan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta belum pernah dilakukan sebelumnya, akan tetapi ada beberapa penelitian yang telah dilakukan peneliti terdahulu yang dapat dijadikan sebagai bahan kajian, referensi, dan acuan, seperti :

1. Reena Patel et al., (2010) *“The Impact of a Pharmacist’s Participation on Hospitalists’ Round”* dilakukan di Atlanta, Georgia, Amerika Serikat. Tujuan dari penelitian ini mengidentifikasi jumlah intervensi dan menentukan bagaimana secara optimal memanfaatkan apoteker. Kemudian tujuan lain untuk memperkirakan waktu pemanfaatan apoteker dan penghematan biaya. Hasilnya apoteker menghabiskan waktu 10 menit untuk meninjau profil pasien, yang mengakibatkan penghematan \$ 16 per jam. Penghematan biaya yang dihasilkan dari 64 intervensi senilai \$3,900 dan potensi penghematan biaya dari 53 intervensi yang lain melebihi \$ 100.000. Persamaan dengan penelitian ini adalah intervensi apoteker dalam penghematan biaya. Perbedaannya adalah penelitian sekarang menganalisis jenis intervensi dan efisiensi

biaya yang dapat dihasilkan dari intervensi apoteker.

2. Lynda M.Olson et al., (2005) "*Evaluation of Pharmacists' at a University Teaching Hospital*" Penelitian ini bertujuan untuk membantu membenarkan posisi apoteker dengan mengidentifikasi dan menggambarkan intervensi yang paling mungkin memiliki dampak terbesar dalam perawatan pasien yang berhubungan dengan obat dan terkait biaya. Hasilnya intervensi yang paling banyak memberikan dampak adalah pemberian informasi obat kemudian ada penghematan biaya dari intervensi yang dilakukan. Persamaan dari penelitian ini adalah jenis intervensi dan efisiensi biaya yang dihasilkan dari intervensi apoteker. Perbedaannya adalah penelitian sekarang

peneliti menganalisis efisiensi biaya dari telaah resep.

3. Mia Andriyani (2013) “Analisis Penghematan Biaya Obat Melalui Substitusi Generik pada Karyawan PT Korindo Ariabima Sari di Kotawaringin Barat” Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penghematan biaya obat yang sudah dilakukan oleh perusahaan swasta dalam persen dan rupiah serta untuk mengidentifikasi peluang lebih lanjut. Hasilnya terjadi penghematan biaya obat sebelum dan sesudah dilakukan substitusi generik. Persamaan dengan penelitian ini adalah analisis penghematan biaya obat dengan substitusi obat generik. Perbedaannya adalah penelitian sekarang menganalisis juga jenis intervensi yang dapat dilakukan apoteker.
4. PJ Gandhi et al., (2001) “*Impact of a pharmacist on drug costs in a coronary care*”

unit” Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penghematan biaya obat yang dihasilkan dari intervensi apoteker pada pelayanan unit jantung. Hasilnya terdapat penghematan biaya obat sebesar 372.384 dolar dari 4.151 intervensi apoteker yang terdokumentasi. Persamaan dengan penelitian ini adalah melihat efisiensi biaya yang terjadi setelah dilakukan intervensi. Perbedaannya adalah penelitian sekarang menganalisis unit rawat jalan dengan menelaah resep.

5. Jisha M Lucca et al., (2012) “*Impact of clinical pharmacist interventions on the costs of drug therapy in intensive care units of a tertiary care teaching hospital*” Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis intervensi klinis oleh apoteker dan mengetahui efek farmakoekonomi terkait masalah obat. Hasilnya terdapat penghematan biaya obat

sebesar 1796,73 dolar amerika dengan penghematan 965,75 rupee per pasien. Persamaan dengan penelitian ini adalah melihat penghematan biaya yang terjadi. Perbedaannya adalah penelitian ini dilakukan di ICU (intensive care unit).

6. Saokaew et al., (2009) "*Impact of pharmacist's interventions on cost of drug therapy in intensive care unit*" Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik intervensi apoteker dan mengetahui perubahan biaya atau penghematan biaya yang didapatkan dari intervensi. Hasilnya terdapat penghematan biaya langsung 1.971,43 dolar amerika dan biaya penghindaran sebesar 294,62 dolar amerika. Persamaan dengan penelitian sekarang adalah dari segi tujuan yaitu mengetahui karakteristik intervensi dan besarnya efisiensi biaya yang didapat.

Perbedaan dengan penelitian sekarang adalah penelitian ini hanya dilakukan pada unit rawat inap atau ICU.

C. Landasan Teori

Asuransi kesehatan merupakan sistem pembiayaan kesehatan yang paling tepat dilakukan pada masyarakat di Indonesia. Pemerintah membuat Sistem Jaminan Sosial Masyarakat (SJSN), sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah Badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dalam penerapannya tarif BPJS ini mengacu pada tarif INA CBG'S. Penghitungan tarif INA CBGs berbasis pada data costing dan data coding rumah sakit. Regionalisasi dalam tarif INA-CBGs dimaksudkan untuk mengakomodir perbedaan biaya distribusi obat dan alat kesehatan di Indonesia. Dasar penentuan regionalisasi digunakan Indeks Harga Konsumen (IHK)

dari Badan Pusat Statistik (BPS), pembagian regionalisasi dikelompokkan menjadi 5 regional. Tidak ada perbedaan tarif antara rumah sakit umum dan khusus, disesuaikan dengan penetapan kelas yang dimiliki untuk semua pelayanan di rumah sakit berdasarkan surat keputusan penetapan kelas yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI.

Oleh karena tidak ada perbedaan tarif antara rumah sakit, maka rumah sakit perlu meningkatkan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat. Dalam menunjang peningkatan pelayanan perlu dilakukan pengendalian mutu. Pengendalian mutu di rumah sakit, maka salah satu langkah yang dapat dilakukan adalah dengan pengendalian biaya (*Cost Control*). dalam pengendalian biaya ini, rumah sakit harus melakukan efisiensi. Efisiensi yang dilakukan dengan meminimalkan biaya, misalnya dalam hal pemberian obat. Maka peran apoteker disini sangat berpengaruh. karena salah satu tugas apoteker yaitu melakukan pengkajian resep atau

telaah resep. kegiatan telaah resep terbagi menjadi tiga dimulai dari seleksi persyaratan administrasi, persyaratan farmasi dan persyaratan klinis. (Permenkes No.34 Tahun 2016).

Upaya terobosan yang paling tepat dalam efisiensi biaya obat dalam pelayanan kesehatan adalah dengan melakukan intervensi oleh apoteker terhadap resep yang diberikan. Intervensi yang dapat dilakukan ada berbagai jenis antara lain pembatasan jumlah, penggantian ke generik, penggantian zat aktif, penggantian signa dan pembatalan terapi. Namun dalam intervensi ini pun apoteker meminta izin kepada dokter yang bersangkutan. Metode yang dilakukan terkait farmakoekonomi, menggunakan analisis minimalisasi biaya, dimana analisis pada penelitian ini menggunakan perbandingan biaya obat sebelum dan sesudah dilakukan intervensi oleh apoteker.

D. KERANGKA KONSEP

Dari dasar teori diatas,dapat dirumuskan kerangka konsep sebagai berikut :



Gambar 2.1 Kerangka konsep

E. PERTANYAAN PENELITIAN

Adapun pertanyaan penelitian adalah sebagai berikut :

1. Berapa efisiensi biaya obat dari tiap jenis intervensi oleh apoteker pada pasien rawat jalan JKN?
2. Apa saja intervensi yang paling mempengaruhi efisiensi biaya obat pada pasien rawat jalan ini ?