

BAB I PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang

Undang- undang nomor 40 tahun 2014 tentang sistem jaminan sosial nasional (SJSN) mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk, termasuk jaminan kesehatan nasional (JKN) melalui suatu badan penyelenggara jaminan sosial (BPJS). Undang-undang nomor 24 tahun 2011 juga menetapkan jaminan sosial nasional akan diselenggarakan oleh BPJS yang terdiri atas BPJS kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus untuk jaminan kesehatan nasional (JKN) akan diselenggarakan oleh BPJS kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014 (Kemenkes RI, 2014)..

Penyelenggara pelayanan kesehatan di era JKN meliputi semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), dimana FKTP berupa Puskesmas atau yang setara, praktek dokter, praktek dokter gigi, klinik pratama atau yang setara termasuk fasilitas kesehatan tingkat pertama milik TNI/POLRI dan rumah sakit kelas D Pratama atau yang setara, yang harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara komprehensif dan FKRTL berupa klinik utama atau yang setara, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus (Kemenkes RI, 2013).

Perserta dalam sistem JKN mempunyai hak mendapat pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan tingkat pertama, pelayanan kesehatan rawat jawaan tingkat lanjutan, pelayanan gawat darurat dan pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh menteri, dan pelayanan tersebut diberikan secara berjenjang, efektif dan efisien dengan menerapkan prinsip kendali mutu dan kendali biaya. (Kemenkes RI, 2013).

Dalam JKN sistem pembayaran langsung dilakukan pada fasilitas pelayanan kesehatan, dimana kepada FKTP dengan sistem kapitasi dan non kapitasi dan untuk FKRTL dengan sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG's) dan di luar paket INA CBG's. Pada pembayaran kapitasi oleh BPJS kesehatan didasarkan pada jumlah peserta yang terdaftar di FKTP sesuai dengan data BPJS kesehatan, sementara mekanisme pembayara INA CBG's pembayaran pelayanan kesehatan pada FKRTL berdasarkan pada pengajuan klaim baik rawat jalan maupun rawat inap. (Kemenkes RI, 2013).

Pelayanan kesehatan pada FKRTL yang dijamin dalam INA-CBG's yaitu pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, terdiri atas : administrasi pelayanan, pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialis oleh dokter spesialis dan sub-spesialis, tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis, rehabilitasi medis, pelayanan darah, pelayanan kedokteran forensik klinik,

pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di Fasilitas Kesehatan, perawatan inap non intensif dan perawatan inap di ruang intensif.

Dalam Pasal 56 ayat 1 Perpres 82 tahun 2018 tentang JKN dijelaskan bahwa fasilitas kesehatan wajib menjamin peserta mendapatkan obat dan bahan medis habis pakai yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis, dan juga pada permenkes 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional bahwa biaya obat tidak boleh dibebankan kepada peserta.

Hasil penelitian Novianti BR. Gultom dkk, tentang survei pendahuluan biaya tambahan peserta BPJS kesehatan pada rumah sakit faskes BPJS kesehatan di JABODETABEK pada tahun 2015 menunjukkan hasil bahwa sebanyak 37 responden dari total 200 responden (18,5%) ditemukan membayar biaya tambahan, dan ironinya biaya tambahan ini juga terjadi di rumah sakit milik pemerintah. Semua biaya tambahan di rumah sakit pemerintah merupakan biaya tambahan obat sedangkan biaya tambahan di rumah sakit swasta dialami oleh 25 responden meliputi biaya tambahan obat, laboratorium, alat kesehatan, radiologi, tindakan dan biaya di poli. Biaya tambahan ini dialami oleh semua jenis kepesertaan termasuk peserta penerima bantuan iuran (PBI) sebanyak 4 peserta PBI membayar biaya tambahan di rumah sakit milik pemerintah dan 3 orang peserta PBI pada rumah sakit swasta. Biaya tambahan rawat inap lebih besar dari biaya tambahan rawat jalan, peruntukan terbesar biaya tambahan adalah biaya tambahan obat. Studi lain yang dilakukan oleh pusat kajian ekonomi dan kebijakan kesehatan Universitas Indonesia pada kompas.com, tahun 2016 terungkap bahwa

sebanyak 42 % responden masih mengeluarkan biaya pribadi untuk pelayanan kesehatan yaitu sebesar 4 % responden dipelayanan primer mengeluarkan biaya pribadi rata- rata Rp. 59.000, sementra di rumah sakit pasien mengeluarkan biaya pribadi untuk obat sebanyak 20 %, rata- rata Rp. 128.000 untuk rawat jalan dan Rp. 856.000 untuk rawat inap, Berdasarkan permasalahan diatas peneliti ingin melakukan penelitian dengan judul “Analisis Pelayanan Obat dan bahan medis habis pakai Pada Pasien BPJS Di Salah Satu Rumah Sakit Di Kota Kupang”

I.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah dapat dirumuskan suatu permasalahan yakni berapa jumlah pasien yang masih mengeluarkan biaya tambahan untuk membeli obat dan bahan medis habis pakai, berapa jumlah resep yang ditebus sendiri oleh pasien, berapa jumlah R/ dalam resep tersebut, golongan dan kelas terapi apa yang paling sering di beli, berapa kerugian yang di alami pasien, kerugian tiap resep, kerugian tiap R/, dan obat dan bahan medis habis pakai apa yang paling menyebabkan kerugian bagi pasien?

I.3. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah :

1. Untuk mengetahui jumlah rata- rata perbulan peserta BPJS yang dirawat di salah satu rumah sakit di kota Kupang yang masih di bebani dengan biaya tambahan untuk membeli obat dan bahan medis habis pakai.

2. Untuk mengetahui rata- rata jumlah lembar resep dan jumlah R/ per pasien yang dirawat dan masih membeli obat dan bahan medis habis pakai di apotek luar
3. Untuk mengetahui golongan, kelas terapi dan nama obat dan bahan medis habis pakai yang paling banyak diresepkan untuk di beli oleh pasien BPJS yaang dirawat di rumah sakit.
4. Untuk mengetahui jumlah rata rata kerugian yang di alami oleh pasien BPJS yang di rawat di rumah sakit per pasien, per lembar resep dan per R/.
5. Untuk mengetahui obat dan bahan medis habis pakai yang paling menyebabkan kerugian bagi pasien BPJS saat melakukan pembelian obat sendiri di apotek luar.

I.4. Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini adalah untuk memberikan data tentang jumlah pasien yang masih mengeluarkan biaya tambahan untuk membeli obat dan bahan medis habis pakai saat dirawat, data jumlah lembar resep, data jumlah R/ dari resep tersebut, data golongan, kelas terapi dan jenis obat dan bahan medis habis pakai yang paling sering di resepkan untuk dibeli sendiri oleh pasien serta data kerugian rata-rata yang dialami per pasien, per resep dan per R/ ketika dirawat di salah satu rumah sakit di kota kupang dan obat atau bahan medis habis pakai apakah yang paling menyebabkan kerugian bagi pasien agar dapat menjadi rujukan bagi rumah sakit tersebut untuk melakukan evaluasi dan perbaikan layanan, serta dapat menjadi rujukan bagi para pengambil kebijakan untuk mengambil keputusan yang tepat dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan bagi perseta BPJS.