

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

INA-CBGs merupakan sistem pembayaran dengan sistem paket, mencakup seluruh komponen biaya RS yang berbasis pada data *costing* dan *coding* penyakit, mengacu pada *International Classification of Diseases* (ICD), yang disusun oleh WHO berdasarkan diagnosa pasien. Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan tarif INA-CBGs yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh suatu kelompok diagnosis berdasarkan ICD-IX dan ICD-X (Permenkes 69, 2013). Klasifikasi tarif INA-CBGs yang diterapkan dalam pelaksanaan JKN sampai saat ini masih sering mengundang keluhan dari rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Hal ini tentu dapat dipahami karena rumah sakit juga merupakan pelaku usaha yang bergerak dibisnis penyedia layanan kesehatan, sehingga selain memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat, rumah sakit juga tidak bisa memungkiri statusnya sebagai pelaku bisnis yang harus mempertahankan kesinambungan usaha yang dijalani.

Analisis efektivitas biaya (AEB) atau *Cost Effectiveness Analysis* (CEA) adalah salah satu bentuk evaluasi ekonomi yang membandingkan rasio biaya dan efektivitas dari beberapa alternatif intervensi atau program (Probandari, 2007). Dalam dunia kesehatan, analisis efektivitas biaya ini membandingkan biaya dan hasil (*outcome*) relatif dari dua atau lebih intervensi kesehatan dan merupakan bentuk analisis ekonomi yang komprehensif, dilakukan dengan mendefinisikan sumber daya yang digunakan (*input*) dengan konsekuensi dari pelayanan (*output*) antara dua atau lebih alternatif (Murti, 2013). Analisis ini cukup sederhana dan banyak digunakan untuk kajian farmakoekonomi untuk membandingkan dua atau lebih intervensi kesehatan yang memberikan besaran efek berbeda. Dengan analisis yang mengukur biaya sekaligus hasilnya, pengguna dapat menetapkan bentuk intervensi kesehatan yang paling efisien dengan biaya termurah untuk hasil pengobatan yang menjadi tujuan intervensi tersebut. Dengan kata lain, AEB dapat digunakan

untuk memilih intervensi kesehatan yang memberikan nilai tertinggi dengan dana yang terbatas jumlahnya (Kemenkes, 2013).

Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018 menunjukkan sumber pembiayaan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan pada perempuan umur 10-54 tahun terdiri atas BPJS atau KIS sebesar 41,2%, asuransi swasta 1,3%, biaya kantor 2,5%, biaya orang lain 0,3%, biaya sendiri 53,3%, Jaminan Persalinan (Jampersal) 4,3%, Jaminan Persalinan Daerah (Jamperda) 1,5%, tidak mengeluarkan biaya 0,9% (Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2018). Jumlah persalinan dengan metode *Sectio Cesaria* (SC) pada perempuan usia 10-54 tahun di Indonesia mencapai 17,6% dari keseluruhan jumlah persalinan. Terdapat pula beberapa komplikasi persalinan pada perempuan usia 10-54 tahun di Indonesia yang mencapai 23,2% dengan rincian posisi janin melintang atau sungsang sebesar 3,1%, perdarahan sebesar 2,4%, kejang sebesar 0,2%, ketuban pecah dini sebesar 5,6%, partus lama sebesar 4,3%, lilitan tali pusat sebesar 2,9%, plasenta previa sebesar 0,7%, plasenta tertinggal sebesar 0,8%, hipertensi sebesar 2,7% dan lain-lainnya sebesar 4,6% (Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, 2018). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SKDI) tahun 2017 menunjukkan angka kejadian persalinan dengan tindakan SC sebanyak 17% dari total jumlah kelahiran di fasilitas kesehatan (Kemenkes, 2018).

Peningkatan angka operasi SC membuat pelayanan perioperatif juga mengalami peningkatan. Untuk meningkatkan manfaat klinis dari operasi SC, maka *enhanced recovery care* merupakan cara yang dianggap efektif untuk dilakukan karena dapat menyebabkan terdorongnya proses rehabilitasi dan pemulangan pasien lebih awal (Sihombing B, dkk. 2013). *Enhanced Recovery After Caesarean Section* (ERACS) merupakan suatu standar pelayanan berbasis *evidence* dari *preoperative*, *intraoperative* hingga *postoperative*. ERACS dinilai dapat memberikan hasil pemulihan fungsional yang lebih cepat, serta manfaat lainnya, seperti meminimalisir terjadinya komplikasi dan pengurangan waktu rawat inap (Patel K, dkk. 2021).

Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Republik Indonesia nomor 26 tahun 2021 tentang Pedoman INA-CBG Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan yang berlaku mulai tanggal 30 Agustus 2021 memiliki aturan tambahan yang dibuat khusus untuk kebutuhan pengkodean dalam INA-CBG's terhadap bayi lahir dengan tindakan persalinan dalam kondisi sehat yang mendapatkan pelayanan neonatal esensial, dimana klaim bayi dibayarkan dalam 1 (satu) paket persalinan ibunya. Hal ini berbeda dengan PMK sebelumnya, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016, yang memisahkan antara paket klaim biaya bayi lahir sehat dengan klaim biaya ibu SC. Hal ini menjadi perhatian penting karena perubahan aturan ini tidak dibarengi dengan perubahan besaran klaim INA-CBG's ibu SC, sehingga tentu berdampak pada berkurangnya margin keuntungan SC bagi RS.

RS Krakatau Medika IHC adalah RS kelas B yang memiliki pelayanan rawat jalan Dokter Spesialis dan Dokter Umum, Rawat Inap, fasilitas khusus seperti Hemodialisa, Endoskopi, *Cath Lab*, Terapi Oksigen Hiperbarik, Rehabilitasi Medik, *Medical Check Up* serta fasilitas umum lainnya, dengan visi "Menjadi Pusat Bisnis Kesehatan yang Unggul, Terpercaya dan Terdepan di Indonesia." Berdasarkan data jumlah kunjungan pasien rawat inap dan rawat jalan di RS Krakatau Medika IHC Cilegon sepanjang tahun 2021 didapatkan prosentase yang hampirimbang antara kunjungan pasien yang menggunakan pembiayaan reguler (tunai dan asuransi) dengan pembiayaan BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan sendiri menyumbangkan sekitar 50% - 60% dari total pendapatan RS Krakatau Medika IHC Cilegon tiap bulannya, dimana operasi SC merupakan operasi terbanyak kedua dengan pembiayaan BPJS setelah operasi bedah umum. Selama periode 5 tahun (2017-2021) didapatkan data prosentase pembiayaan SC menggunakan BPJS Kesehatan lebih besar dibandingkan reguler (tunai dan asuransi) pada pasien RS Krakatau Medika IHC Cilegon.

Perubahan PMK tentang pengklaiman biaya SC tentu menimbulkan polemik bagi Rumah Sakit Krakatau Medika IHC dan juga mempengaruhi *cash flow* sebagai akibat menurunnya margin keuntungan SC. Dengan metode SC konvensional (non-ERACS) yang digunakan pada pasien BPJS Kesehatan di

RS ini, rerata lama rawat tanpa penyulit adalah 4 hari. Dengan diberlakukannya aturan baru dari PMK nomor 26 tahun 2021 tentang Pedoman INA-CBG Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan berupa penggabungan klaim INA-CBG ibu bersalin dengan bayi baru lahir dalam kondisi sehat yang mendapatkan pelayanan neonatal esensial melalui tindakan persalinan SC, dimana klaim bayi dibayarkan dalam 1 (satu) paket dengan persalinan ibunya, menjadi perhatian penting karena perubahan aturan ini tidak dibarengi dengan perubahan besaran klaim INA-CBGs ibu SC, sehingga tentu berdampak pada berkurangnya marjin keuntungan SC bagi RS. Diperlukan upaya dan strategi manajemen khusus dari RS Krakatau Medika IHC Cilegon untuk menghadapi perubahan PMK ini agar tetap dapat menghasilkan margin keuntungan yang memadai bagi RS sesuai dengan kerangka kendali mutu dan biaya. Salah satu caranya berupa pelaksanaan operasi SC metode ERACS, dimana pada operasi SC metode ini digunakan strategi analgesik multimodal dengan menggunakan opioid jangka panjang neuraksial dosis rendah dan analgesik non opioid yang dimulai di ruang operasi sehingga diharapkan dapat mempercepat pemulihan fungsi saluran cerna dan menghilangkan hambatan untuk mobilisasi dini, yang pada akhirnya mempersingkat waktu rawat rumah sakit dan menghasilkan penghematan biaya rawat.

Motivasi penelitian adalah penulis merasa penting untuk melakukan penelitian mengenai perbandingan tarif biaya SC metode ERACS dan non-ERACS pada pasien BPJS Kesehatan di RS Krakatau Medika IHC Cilegon, untuk membuktikan bahwa apakah benar pada pelaksanaan metode ERACS dapat memberikan penghematan biaya, sehingga bisa digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam pemilihan metode SC untuk pasien BPJS Kesehatan, sebagai bentuk upaya kendali mutu kendali biaya, dalam koridor tatakelola pasien SC berdasarkan alur perawatan / *Integrated Clinical Pathway* (ICP) yang mengutamakan keselamatan pasien dan *service excellent* berbiaya efisien. Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan di masa mendatang bagi RS Krakatau Medika IHC Cilegon dan RS lainnya, mengingat hingga penulis melakukan penelitian ini belum ada penelitian serupa terkait perbandingan biaya SC metode ERACS dan non-ERACS di Indonesia.

B. Identifikasi Masalah

- a) Operasi SC di RS Krakatau Medika IHC merupakan operasi terbanyak kedua dengan pembiayaan BPJS setelah operasi bedah umum, dimana pembiayaannya lebih banyak menggunakan BPJS Kesehatan dibandingkan tunai dan asuransi.
- b) Penghitungan pembiayaan berdasarkan *unit cost*, namun pembayaran oleh BPJS Kesehatan sesuai tarif INA-CBGs berdasarkan kelas dan *severity*.
- c) *Clinical Pathway* KSM Kebidanan RS Krakatau Medika IHC tentang Persalinan SC menetapkan hari rawat selama 4 hari.
- d) Perubahan PMK Nomor 76 Tahun 2016 tentang pengklaiman biaya SC yang menambahkan ketentuan penggabungan biaya pelayanan neonatal esensial bayi baru lahir dari ibu SC ke dalam paket persalinan ibunya tanpa dibarengi dengan perubahan besaran klaim INA-CBG's ibu SC berdampak pada berkurangnya margin keuntungan SC bagi RS.

C. Pembatasan Masalah

- a) Fokus :
Analisis Efektivitas Biaya SC Metode ERACS dan non-ERACS pada pasien BPJS Kesehatan RS Krakatau Medika IHC Cilegon
- b) Subfokus :
Perhitungan kembali biaya satuan tindakan SC berbasis *clinical pathway*, baik metode ERACS maupun non-ERACS, sehingga dapat terlihat metode operasi SC mana yang lebih *cost effective*

D. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah yang ada dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana perlakuan biaya SC pada RS Krakatau Medika IHC Cilegon?
2. Apakah ada perbedaan biaya antara metode ERACS dan non-ERACS pada pasien operasi SC dengan penjaminan BPJS Kesehatan di RS Krakatau Medika IHC Cilegon?

3. Apakah ada perbedaan *outcome* klinis (lama hari perawatan, skor nyeri post operasi hari pertama, dan keberhasilan rawat gabung 24 jam pertama) antara metode ERACS dan non-ERACS pada pasien operasi SC dengan penjaminan BPJS Kesehatan di RS Krakatau Medika IHC Cilegon?
4. Apakah ada perbedaan efektifitas biaya antara metode ERACS dan non-ERACS pada pasien operasi SC dengan penjaminan BPJS Kesehatan di RS Krakatau Medika IHC Cilegon?

E. Tujuan Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan fokus penelitian maka terdapat tujuan umum dan tujuan khusus yang ingin dicapai dari penelitian ini yaitu :

1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis efektifitas biaya antara metode ERACS dan Non-ERACS pada pasien operasi SC dengan penjaminan BPJS Kesehatan di RS Krakatau Medika IHC Cilegon.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis perlakuan biaya operasi SC di RS Krakatau Medika IHC Cilegon.
- b. Menganalisis perbedaan biaya antara metode ERACS dan non-ERACS pada pasien operasi SC dengan penjaminan BPJS Kesehatan di RS Krakatau Medika IHC Cilegon.
- c. Menganalisis perbedaan *outcome* klinis (lama hari perawatan, skor nyeri post operasi hari pertama, dan keberhasilan rawat gabung 24 jam pertama) antara metode ERACS dan non-ERACS pada pasien operasi SC dengan penjaminan BPJS Kesehatan di RS Krakatau Medika IHC Cilegon.
- d. Menganalisis perbedaan efektifitas biaya dalam bentuk *Average Cost Effectiveness Ratio* (ACER) dan *Incremental Cost Effectiveness Ratio* (ICER) antara metode ERACS dan non-ERACS pada pasien operasi SC dengan penjaminan BPJS Kesehatan di RS Krakatau Medika IHC Cilegon.

F. Kegunaan Penelitian

1. Manfaat aplikatif :

- a. Hasil penelitian ini dapat digunakan oleh rumah sakit dalam memberikan gambaran informasi umum tentang biaya tindakan operasi SC dengan metode ERACS dan non-ERACS, sehingga dapat dipilih metode operasi SC yang lebih efektif dan efisien dalam koridor *clinical pathway* pada pasien dengan penjaminan BPJS Kesehatan di RS Krakatau Medika IHC Cilegon.
- b. Dapat lebih meningkatkan pengetahuan dan kemahiran peneliti dalam melakukan penghitungan analisis biaya dengan berbasiskan *clinical pathway*.

2. Manfaat teoritis :

- a. Bisa menjadi pertimbangan bagi seluruh rumah sakit, baik rumah sakit negeri maupun swasta, dalam bekerja sama dengan pihak BPJS Kesehatan terkait operasi SC.
- b. Memberi masukan cara menganalisa selisih biaya untuk tindakan-tindakan lainnya.
- c. Sebagai bahan masukan pembelajaran mengenai analisis biaya suatu pelayanan rumah sakit, dan menambah kajian keilmuan terutama mengenai perhitungan *unit cost*.