

**PENYUSUNAN PEDOMAN EVALUASI MANAJEMEN BIAYA OBAT DAN
BIAYA RIIL PENGOBATAN
Data Dasar Penyusunan Pedoman**

Sriana Azis¹, Rini Sasanti Handayani¹, Max Joseph Herman¹

**DEVELOPMENT OF GUIDELINES ON THE ASSESSMENT OF PHARMACEUTICAL
COST MANAGEMENT AND REAL COST OF TREATMENT
Baseline Data to Develop Guidelines**

***Abstract.** Economic crisis in Indonesia has brought a decrease on GNP and the utilization of health facilities as well. In order to allocate donor's fund properly, a study on utilization and a real cost of treatment determination has to be done. A cross sectional study on Guidelines development on the assesment of pharmaceutical cost management and real cost of treatment for in and out – patient at Sidoarjo Municipal Hospital on class II and III from pediatric, surgery, internal, infectious diseases and neurology departments were performed. The data on cost and budget, cost recovery, drug supply and storage, patient access and drug utilization, real treatment cost, real drug cost per treatment encounter and patient ability to pay were collected. Data were analyzed descriptively through means and comparison. The study also developed a manual for evaluation of pharmaceutical cost management. Results of the study reveal: 1) guidelines on the assessment of drug cost management and real treatment cost for in- and out-patient at RSU. The manual presents a set of indicators of performance, grouped under eight topics of pharmaceutical management; 2) the computation of baseline data for grouped indicators from the year 1998/99 to 2001; 3) the ability to pay of class III in-patient per family per month is Rp 14.773,67 or 2,4% of their earning. The real treatment cost for class III in-patient (Rp 622.591,00) shows that the cost has to be paid by the patient just like the treatment cost of out-patient (Rp. 28.133).*

Key word: guideline, phramaceutical cost management, real cost of treatment

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, keamanan, kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat secara optimal seperti yang tercantum dalam Undang-Undang Kesehatan No.23 Tahun 1992⁽¹⁾. Krisis ekonomi yang dialami bangsa Indonesia berakibat dramatis yaitu menurunnya pendapatan nyata penduduk akibat hi-

langnya kesempatan kerja. Kemampuan penduduk untuk menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan menurun karena tidak ada lagi daya beli dan daya jangkau masyarakat.

Dalam keadaan krisis ekonomi ini, pemerintah memberikan bantuan dana melalui Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK), termasuk dana pelayanan kesehatan rumah sakit bagi penduduk miskin. Dana ini disalurkan melalui anggaran operasional rumah sakit. Untuk itu perlu

¹ Peneliti Puslitbang Farmasi dan Obat Tradisional, Badan Litbangkes

dibuatkan panduan analisis biaya, proyeksi pemanfaatan dan pola tarif yang realistis sesuai dengan strata ekonomi pasien.

Dari hasil penelitian diketahui bahwa di RSUD Cianjur biaya operasional rawat inap kelas III tahun 1998/1999 sebesar Rp 425.079.765,00 (21,8%), bila biaya gaji karyawan tidak dimasukkan maka biaya ini menjadi Rp. 245.461.536,00 (12,4%). Unit biaya rawat inap kelas III sekitar Rp 20.000,00 dan biaya tambahan sebesar Rp 7.000,00⁽¹⁾. Komponen terbesar dari biaya operasional adalah biaya gaji 61%, biaya obat dan bahan 17,4%. Biaya lainnya meliputi makanan 10,1%, biaya pemeliharaan 8%, biaya ATK 2,22% dan biaya lain-lain 3,51%⁽²⁾.

Biaya obat dan bahan merupakan biaya kedua terbesar (17,4%) dari biaya operasional RSUD, sehingga memungkinkan intervensi melalui biaya obat dan biaya riil pengobatan untuk pasien rawat jalan dan inap RS. Masalahnya Petugas Instalasi Farmasi belum dapat mengukur indikator manajemen biaya obat dan biaya riil pengobatan pasien rawat jalan dan inap RS karena belum adanya pedoman baku untuk mengukur indikator manajemen biaya obat dan biaya riil pengobatan pasien rawat jalan dan inap di RS kabupaten yang meliputi anggaran RS dan biaya RS, pemulihan biaya, pengadaan obat, penyimpanan obat, akses pasien dan pemanfaatan /rasionalisasi penggunaan obat, biaya riil pengobatan, dan kemampuan membayar pasien.

Penelitian ini menyusun pedoman evaluasi manajemen biaya obat dan biaya riil pengobatan pasien rawat jalan dan inap di RSUD Sidoarjo dengan pendekatan indikator. Pedoman evaluasi ini mengadopsi dari survei cepat WHO (PAHO), tahun 1995; "*Rapid Pharmaceutical Management Assessment : An Indicator - Based Approach*" yang telah di uji coba di 10 Pus-

kesmas Kabupaten Pekalongan pada tahun 2001 yang dibiayai ICDC/ADB tahun 1999/2000^(3,4).

Tujuan umum penelitian ini adalah menyediakan data dasar manajemen obat, biaya riil pengobatan dan menyusun pedoman evaluasi manajemen biaya obat dan biaya riil pengobatan pasien rawat jalan dan inap di RS untuk pengembangan metode baku penilaian berdasarkan pengukuran indikator secara cepat agar dapat digunakan oleh pembuat kebijaksanaan untuk menilai keberhasilan sistem. Tujuan khusus penelitian adalah: 1) menyediakan data dasar yang meliputi grup indikator manajemen obat dan biaya riil pengobatan pasien rawat jalan dan inap; 2) menyusun pedoman evaluasi manajemen biaya obat dan biaya riil pengobatan pasien rawat jalan dan inap berdasarkan pengukuran indikator. Sedangkan manfaat penelitian adalah pedoman manajemen biaya obat dan biaya riil pengobatan pasien rawat jalan dan inap RS ini dapat digunakan sebagai pelengkap kebijakan, meningkatkan efisiensi, menilai sistem dan memperkirakan subsidi silang untuk pasien rawat inap kelas II dan III RS dengan memperhitungkan kemampuan pasien sehingga dapat diukur keberhasilan pemerataan pelayanan kesehatan di RS.

BAHAN DAN METODA

Desain penelitian menggunakan *Cross - Sectional*. Lokasi penelitian adalah Rumah Sakit Umum Kabupaten Sidoarjo. Untuk penyediaan data dasar dan penyusunan pedoman diperlukan indikator evaluasi manajemen biaya obat dan biaya riil pengobatan rumah sakit yang harus memenuhi kriteria: 1) indikator harus menggambarkan dimensi penting untuk keberhasilan sistem; 2) indikator harus dapat dihitung dengan batasan waktu dan variabel kualitas data yang tersedia; 3) masing-masing

indikator harus dapat dipercaya; 4) masing-masing indikator harus valid.

Keterbatasan penelitian ini bahwa hasil analisis data tidak dapat digeneralisir karena sampel survei cepat hanya dapat dilakukan terhadap 30 pasien dari setiap ruangan (5 ruangan) serta tergantung dari kesiapan petugas pewawancara dan keterbukaan informasi dari masing-masing pasien.

Indikator yang digunakan antara lain pertama, **Biaya Rumah Sakit** yang terdiri dari: 1) biaya pengobatan per kuratif (jumlah anggaran rutin RS dan penerimaan RS dibagi jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap per tahun); 2) biaya obat per kuratif rawat jalan dan rawat inap (biaya obat keseluruhan resep dibagi jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap); 3) persentase biaya obat per biaya pengobatan (biaya obat per kuratif rawat jalan dan rawat inap dibagi biaya pengobatan per kuratif dikali 100%)

Indikator kedua adalah **Pemulihan Biaya Pengobatan** yang terdiri dari: 1) persentase pasien rawat jalan yang tidak membayar retribusi (jumlah pasien rawat jalan yang mempunyai kartu sehat dibagi jumlah pasien rawat jalan dikali 100 %); 2) persentase pasien rawat inap yang tidak membayar retribusi dan mendapat keringanan (jumlah pasien rawat inap yang mempunyai kartu sehat atau mendapat keringanan dibagi jumlah pasien rawat inap dikali 100 %); 3) persentase pemulihan biaya pengobatan (*cost therapeutic recovery*)(penerimaan RS dibagi anggaran rutin dan penerimaan RS dikali 100%); 4) persentase pemulihan biaya obat (*cost drug recovery*)(biaya obat dibagi anggaran rutin RS dan penerimaan RS dikali 100%).

Indikator ketiga adalah **Pengadaan Obat** yang terdiri dari: 1) persentase penga-

daan obat pusat per pengadaan obat (pengadaan obat pemerintah pusat dibagi pengadaan obat keseluruhan dikali 100%); 2) persentase pengadaan obat Dati II (Pengadaan obat Dati II dibagi pengadaan obat keseluruhan dikali 100%); 3) persentase pengadaan obat sumber lain (pengadaan obat sumber lain dibagi pengadaan obat keseluruhan dikali 100%).

Indikator keempat **Penyimpanan Obat** yang terdiri dari: 1) persentase rerata penggunaan variasi obat (jumlah masing-masing variasi obat dibagi jumlah kumulatif masing-masing obat dikali 100%) ; 2) persentase rerata jumlah obat yang daluarsa (jumlah masing-masing variasi obat daluarsa dibagi jumlah kumulatif masing-masing obat dikali 100%); 3) persentase rerata waktu kekosongan obat (jumlah hari kekosongan obat dibagi hasil jumlah 365 dikali jumlah jenis set indikator obat dikali 100%).

Indikator kelima adalah **Akses Pasien dan Pemanfaatan/Rasionalisasi Penggunaan Obat** yang terdiri dari: 1) rasio jumlah penduduk per RSUD Pemerintah; 2) rasio jumlah pasien per peracik obat; 3) rasio jumlah pasien per pembuat R/; 4) rasio jumlah obat per lembar R/ pasien rawat jalan; 5) rasio jumlah obat per lembar R/ pasien rawat inap; 6) persentase jumlah lembar R/ mengandung antibiotik untuk pasien rawat jalan; 7) persentase jumlah lembar R/ mengandung antibiotik untuk pasien rawat inap; 8) persentase jumlah lembar R/ mengandung obat suntik untuk pasien rawat jalan; 9) persentase jumlah R/ mengandung obat suntik untuk pasien rawat inap; 10) persentase jumlah obat generik pada R / pasien rawat jalan; 11) persentase jumlah obat generik pada R/ pasien rawat inap.

Indikator keenam adalah **Biaya Rill Pengobatan** yang terdiri dari:

1. Biaya riil pengobatan per kuratif

- a. Rerata biaya riil obat pengobatan pasien rawat inap kelas II
- b. Rerata biaya riil obat pengobatan pasien rawat inap kelas III
2. Biaya riil obat per kuratif
 - a. Rerata biaya riil obat pasien rawat jalan per kuratif
 - b. Rerata biaya riil obat pasien rawat inap kelas II per kuratif
 - c. Rerata biaya riil obat pasien rawat inap kelas III per kuratif.
3. Biaya riil perawatan dan upaya medis per kuratif
 - a. Rerata biaya riil perawatan dan upaya medis rawat inap kelas II per kuratif
 - b. Rerata biaya riil perawatan dan upaya medis rawat inap kelas III per kuratif

Indikator ketujuh adalah **Kemampuan Membayar** dihitung dari data primer pasien rawat inap kelas III, yaitu: 1) rerata pendapatan pasien; 2) rerata belanja makanan pasien; 3) rerata ATP

Data yang dikumpulkan berdasarkan data primer dan data sekunder, data sekunder adalah profil rumah sakit yang meliputi antara lain perencanaan RS, keuangan RS secara keseluruhan, perencanaan dan keuangan instalasi farmasi dan data perawatan 60 pasien rawat jalan dari catatan medik yang diambil secara selektif sebulan sebelum penelitian dilakukan dan dianalisis 30 data pasien yang terlengkap meliputi antara lain jenis dan jumlah obat serta diagnosis penyakit.

Data primer adalah semua pasien rawat inap kelas III diambil selama penelitian sampai mendapatkan 60 pasien dari setiap ruang perawatan dan dianalisis 30 pasien dari data yang terlengkap yang meliputi antara lain karakteristik pasien, penghasilan, kepemilikan, pengeluaran untuk makan dan pengeluaran bukan makan. Ruang perawatan terdiri dari anak, bedah, penyakit dalam, penyakit menular dan syaraf. Kedua data tersebut di atas digunakan untuk meng-

hitung grup indikator seperti yang sudah disebutkan sebelumnya.

Pengolahan data dilakukan melalui data base dan program SPSS. Sedangkan analisis data dilakukan secara deskriptif, perhitungan perbandingan dan rerata. Data sekunder dianalisis berdasarkan pengukuran indikator dari evaluasi biaya riil perawatan dan biaya obat. Data primer digunakan untuk mengukur kemampuan pasien rawat inap kelas III.

Untuk penyusunan dilakukan dengan mengadopsi metode baku Pengukuran Indikator WHO (PAHO) tahun 1995 "*Rapid Pharmaceutical Management Assessment : An Indicator – Based Approach*". Dari data yang dikumpulkan berdasarkan indikator yang telah ditetapkan, dievaluasi apakah indikator ini dapat digunakan sebagai pedoman penilaian/evaluasi manajemen obat.

Sasaran pemakai pedoman ini tergantung tujuan dan kegiatan penilaian. Pemakai pedoman terdiri dari: 1) pembuat keputusan Departemen Kesehatan RI; perencanaan kesehatan; ekonom kesehatan; pemberi donor; atau direktur RS untuk desain proyek dan evaluasi kegiatan; 2) sistem manajer nasional, regional atau lokal untuk mengukur keberhasilan dari sistem spesifik atau kegiatan, misalnya seleksi produk, pengadaan, penyimpanan atau pemanfaatan obat; 3) ilmuwan sosial dan proyek kesehatan atau manajer fasilitas yang melakukan riset operasional dan alat manajemen.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Biaya RSU Kabupaten Sidoarjo

Dari data sekunder didapatkan bahwa dana yang tersedia pada tahun anggaran 2000 yaitu total biaya operasional RS Rp 11.681.449.020,00 dari swadana Rp 10.200.000.000,00. Dari jumlah biaya ini komponen terbesar adalah untuk biaya obat sebesar Rp 9.413.010.000,00 atau 43%

dari total biaya operasional (jumlah anggaran rutin ditambah anggaran swadana). Biaya operasional RS dibagi menjadi 5 jenis yaitu belanja pegawai, belanja barang, belanja pemeliharaan, belanja perjalanan dinas dan belanja lain-lain. Biaya operasional belum dialokasikan ke dalam unit-unit kerja, sehingga tidak dapat diitung biaya per unit.

Hasil Perhitungan Indikator Dari Evaluasi Manajemen Biaya Obat dan Biaya Riil Pengobatan Pasien Rawat Jalan dan Inap di RSUD Sidoarjo

Pada penelitian ini dilakukan perhitungan indikator manajemen biaya obat dan biaya riil pengobatan pasien rawat jalan, rawat inap kelas II (IRD) dan kelas III pada bulan Juli tahun 2001.

Biaya riil pengobatan di RSUD Sidoarjo ditunjukkan pada Tabel 1 dan data dasar

indikator evaluasi manajemen biaya obat dapat dilihat pada Tabel 2. Tabel 3 s.d. 5 menunjukkan karakteristik pasien dan kemampuan membayar pasien rawat inap kelas III. Perbedaan terbesar biaya riil pengobatan pada pasien kelas II dan kelas III terutama disebabkan oleh biaya riil perawatan. Pasien kelas II dirawat di ruang ICU, sedangkan pasien kelas III dirawat di ruang rawat kelas III, sehingga biaya riil perawatan pada pasien kelas II jauh lebih besar yaitu Rp 423.505,11 sedangkan kelas III Rp 266.477,78. Biaya riil rawat inap kelas II maupun kelas III mempunyai nilai deviasi besar. Hal ini disebabkan sangat bervariasi keparahan penyakit, jumlah dan jenis obat yang diberikan, maupun perbedaan obat dengan nama dagang yang diberikan mempunyai harga obat yang sangat bervariasi.

Tabel 1. Gambaran Perhitungan Biaya Riil Pengobatan Pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap Per Kuratif di RSUD Sidoarjo Pada Bulan Juli Tahun 2001

Kelompok perawatan	Rerata biaya	Standar deviasi
Rawat jalan.		
1. Karcis	Rp 2.000,00	0
2. Biaya obat	Rp 28.132,45	Rp 29.053,72
Rawat inap kelas II/IRD		
1. Biaya riil pengobatan	Rp 830.284,10	Rp 771.617,50
2. Biaya riil obat	Rp 420.159,20	Rp 544.093,00
3. Biaya riil perawatan	Rp 423.505,11	Rp 374.219,32
Rawat inap kelas III		
1. Biaya riil pengobatan	Rp 622.591,80	Rp 777.646,40
2. Biaya riil obat	Rp 359.296,20	Rp 700.337,50
3. Biaya riil perawatan	Rp 266.477,78	Rp 164.275,80

Tabel 2. Data Dasar Indikator Evaluasi Manajemen Biaya Obat dan Biaya Riil Pengobatan Pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap RSUD Kabupaten Sidoarjo

No	Indikator	1998/1999	1999/2000	2000	2001
1	2	3	4	5	6
I	Biaya RS				
1.	Biaya pengobatan per kuratif	Rp.47.562,-	Rp.59.631,-	Rp.61.615,-	-
2.	Biaya obat per kuratif rawat jalan dan rawat inap.	Rp.23.499,-	Rp 25.079,-	Rp 20.719,-	-
3.	Persentase biaya obat per biaya pengobatan	49,40 %	42,00%	33,60 %	-
II	Pemulihan biaya (cost recovery)				
1.	% pasien rawat jalan yang tidak membayar retribusi.	0,74%	0,86%	1,65%	-
2.	% pasien rawat inap yang tidak membayar retribusi dan mendapat keringanan	-	7,50%	7,80%	-
3.	% pemulihan biaya pengobatan	49,00%	47,00%	43,00%	-
4.	% pemulihan biaya obat	13,00%	21,00%	14,00%	-
III	Pengadaan obat				
1.	% pengadaan obat pusat per pengadaan obat.	-	1,40%	1,40%	-
2.	% pengadaan obat Dati II.	-	92,00%	74,40%	92,00%
3.	% pengadaan obat sumber lain	-	6,60%	24,20%	8,00%
IV	Penyimpanan obat				
1.	% rerata penggunaan variasi obat.	-	-	-	61,00 %
2.	% rerata jumlah obat yang daluarsa.	-	-	-	0 %
3.	% rerata waktu kekosongan obat	-	-	-	0 %

1	2	3	4	5	6
V	Akses pasien dan pemanfaatan / rasionalisasi penggunaan obat.				
1.	Rasio jumlah penduduk per RSU pemerintah	1.464.588,00	1.514.594,00	1.558.325,00	-
2.	Rasio jumlah pasien per peracik obat.	-	-	6171	-
3.	Rasio jumlah pasien per pembuat R/.	-	-	4408	-
4.	Rasio jumlah obat per lembar R / pasien rawat jalan .	-	-	-	2,70
5.	Rasio jumlah obat per lembar R / pasien rawat inap.	-	-	-	7,80
6.	% jumlah lembar R / mengandung antibiotik pasien rawat jalan.	-	-	-	43 %
7.	% jumlah lembar R / mengandung antibiotik pasien rawat inap.	-	-	-	90 %
8.	% jumlah lembar R / mengandung obat suntik rawat jalan.	-	-	-	0 %
9.	% jumlah lembar R / mengandung obat suntik rawat inap.	-	-	-	83 %
10.	% jumlah obat generik pada R/ pasien rawat jalan.	-	-	-	50 %
11.	% jumlah obat generik pada R/ pasien rawat inap.	-	-	-	2 %
VI	Biaya riil pengobatan				
1.	Biaya riil pengobatan per kuratif				
a.	Rerata biaya riil pengobatan pasien rawat inap kelas II	-	-	-	Rp.830.284,00.
b.	Rerata biaya riil pengobatan pasien rawat inap kelas III	-	-	-	Rp.622.591,00.

1	2	3	4	5	6
	2. Biaya riil obat per kuratif.				
	a. Rerata biaya riil obat pasien rawat jalan per kuratif.	-	-	-	Rp 28.133,00
	b. Rerata biaya riil obat pasien rawat inap klas II per kuratif.	-	-	-	Rp 420.159,00
	c. % rerata biaya riil obat pasien rawat inap klas III per kuratif.	-	-	-	Rp 359.296,00
	3. Biaya riil perawatan dan upaya medis per kuratif				
	a. Rerata biaya riil perawatan dan upaya medis kelas II per kuratif	-	-	-	Rp 423.405,00
	b. Rerata biaya riil perawatan dan upaya medis kelas III per kuratif	-	-	-	Rp 266.477,00

Dari hasil pengukuran indikator seperti yang tertera di atas dapat terlihat bahwa biaya pengobatan per kuratif dari anggaran rutin RSUD Sidoarjo pada tahun 1998/1999 Rp 47.562,00. tahun 1999/2000 meningkat menjadi Rp 59.631,00 dan tahun 2000 menjadi Rp 61.815,00. Peningkatan biaya rutin sebanding dengan inflasi belum diperhitungkan kenaikan harga obat dan biaya perawatan.

Biaya obat per kuratif rawat jalan dan rawat inap dari anggaran rutin pada tahun 1998/1999 sebesar Rp 23.499,00, naik pada tahun 1999/2000 menjadi Rp 25.079,00. dan turun pada tahun 2000 menjadi Rp 20.719,00. Hal ini tidak diharapkan karena setiap tahunnya harga obat naik. Kemungkinan pada tahun 2000 jumlah obat yang diberikan kepada pasien lebih sedikit dari pada tahun sebelumnya.

Persentase biaya obat per biaya pengobatan dari tahun 1988-2000 berkisar 33,6%-49,4%. Berarti biaya obat merupakan biaya terbesar dibandingkan dengan biaya pengobatan lainnya.

Persentase pasien rawat jalan yang tidak membayar retribusi meningkat terus karena menurunnya kemampuan pasien. Pada tahun 1998 sebesar 0,74%, tahun 1999 menjadi 0,86% dan tahun 2000 menjadi 1,65%. Untuk pasien rawat inap persentasenya lebih tinggi yaitu pada tahun 1999 sebesar 7,50% dan tahun 2000 sebesar 7,80%. Hal ini berarti subsidi RSUD Sidoarjo yang diberikan pada penduduk miskin makin meningkat.

Pemulihan biaya pengobatan masih rendah dan cenderung menurun pada tahun 1998 sebesar 49%, tahun 1999 sebesar 47% dan tahun 2000 sebesar 43%, sedangkan pemulihan biaya obat pada tahun 1998/

1999 sebesar 13%, tahun 1999/2000 meningkat menjadi 21% dan turun lagi tahun 2000 menjadi 14%. Hal ini berarti RSUD Sidoarjo menanggung biaya pengobatan pasien rawat jalan dan rawat inap berkisar antara 51-57% (Biaya pengobatan-Pemulihan biaya pengobatan).

Sejak tahun 2000 pengadaan obat sudah dibiayai oleh daerah tingkat II karena sudah diberlakukannya desentralisasi. Rasio penggunaan variasi sebesar 61% dan waktu kekosongan nihil. Berarti ketersediaan obat selalu ada. Pada tahun 2000, rasio dokter – pasien = 4.408 pasien per dokter dan rasio peracik obat – pasien = 6.171 pasien per apoteker dan asisten apoteker pada tahun 2000. Menurut Profil Kesehatan Indonesia 1998 rasio dokter-pasien di Jawa Timur rata-rata 5.100, sedangkan data rasio peracik obat-pasien belum tersedia. Hal ini berarti rasio dokter-pasien di RSUD Sidoarjo lebih baik dibandingkan rata-rata Dati II di Jawa Timur.

Pemanfaatan dan kerasionalan penggunaan obat untuk pasien rawat jalan sebagai berikut: jumlah jenis obat dalam lembar R/ 2,7, persentase lembar R/ mengandung antibiotik 43% dan injeksi 0% serta jumlah jenis obat generik per jumlah jenis obat dalam 30 R/ sebesar 50%. Menurut INRUD (*International Network for Rational Drugs*) tahun 1995 jumlah jenis obat dalam lembar R/ 2,1, persentase lembar R/ mengandung antibiotik 43% dan injeksi 25% serta jumlah jenis obat generik per jumlah jenis obat 67%. Hal ini berarti penggunaan obat generik masih dapat ditingkatkan agar harga obat lebih terjangkau oleh masyarakat.

Pemanfaatan dan kerasionalan penggunaan obat pada pasien rawat inap sebagai berikut: jumlah jenis obat per lembar R/ sebesar 7,8, persentase lembar R/ yang mengandung antibiotik 90% dan injeksi 83%, serta jumlah jenis obat generik per jumlah jenis obat dalam 30 R/ sebesar 2%. Hal ini

berarti pemanfaatan obat generik sangat rendah bila dibandingkan dengan INRUD 1995. Disamping itu penggunaan antibiotik sangat tinggi, demikian juga jumlah obat tiap lembar R/. Diharapkan penulisan obat generik dapat ditingkatkan agar harga obat lebih terjangkau sehingga tidak membebankan terutama untuk pasien rawat inap.

Rerata biaya riil pengobatan pasien rawat inap per kuratif tahun 2001 kelas II sebesar Rp 830.284,00 ± Rp 777.617,00 dan pasien kelas III sebesar Rp 622.591,00 ± Rp 777.646,00.

Rerata biaya riil obat per kuratif pasien rawat inap kelas II sebesar Rp 420.159,00 ± Rp 544.093,00 dan pasien kelas III sebesar Rp 359.296,00 ± Rp 700.338,00. Hal tersebut menggambarkan bahwa perbedaan biaya riil obat dipengaruhi oleh keparahan jenis penyakit, jumlah dan jenis obat, perbedaan obat dengan nama dagang atau obat generik yang diberikan, bukan disebabkan perbedaan kelas perawatan. Rerata biaya riil obat pasien rawat jalan sebesar Rp 28.133,00 ± Rp 29.054,00. Rerata biaya riil perawatan pasien rawat inap kelas II (IRD) sebesar Rp 423.403,00 ± Rp 374.219,00 dan kelas III sebesar Rp 266.477,00 ± Rp 164.275,00.

Karakteristik dan Kemampuan Membayar Pasien

Karakteristik penanggung jawab pasien rawat inap kelas III yang meliputi pendidikan, pekerjaan, sosial ekonomi, jumlah anggota keluarga dan pekerjaan dapat terlihat pada Tabel 3. Dari data tersebut diatas terlihat bahwa sebagian besar (56%) penanggung jawab pasien mempunyai pendidikan tidak sekolah – tamat SD, pekerjaan buruh (34,0%), sosio ekonomi baik (79,4%). Hal ini menunjukkan adanya diksi antara pendidikan dan pekerjaan penanggung jawab pasien dengan sosial ekonomi. Kontradiksi ini disebabkan informasi yang

diperoleh kurang tepat karena responden malu atau enggan menyatakan keadaan yang sebenarnya. Karakteristik pasien rawat inap kelas III meliputi umur, jenis kelamin, lama rawat, dan jenis penyakit dapat dilihat pada Tabel 4.

Dari data tersebut di atas dapat terlihat bahwa pasien rawat inap dewasa ter-

tinggi jumlahnya sebesar 56,7% dan kemudian diikuti oleh manula sebesar 24,6%. Jumlah pasien perempuan sebesar 52% sedikit lebih tinggi dari pada pasien pria sebesar 46%. Lama rawat lebih besar atau sama dengan empat hari berjumlah 66,6% dan 1-3 hari hanya 33,3%.

Tabel 3. Distribusi Karakteristik Penanggung Jawab Pasien Rawat Inap Kelas III Responden di RSUD Sidoarjo pada Bulan Agustus-Oktober Tahun 2001

Karakteristik	Jumlah	%
Pendidikan		
1. Tidak sekolah – SD	84	56,0
2. SMP	33	22,0
3. SMU – Sarjana	33	22,0
Pekerjaan		
1. Buruh	51	34,0
2. Wiraswasta	36	24,0
3. Karyawan swasta	46	30,7
4. PNS / ABRI	17	11,3
Sosial – ekonomi		
1. Kurang	14	9,3
2. Cukup	17	11,3
3. Baik	119	79,4
Jumlah anggota keluarga		
1. 1 – 4 orang	71	47,7
2. > 5 orang	79	52,7

Tabel 4. Distribusi Karakteristik Pasien Rawat Inap Kelas III RSUD Sidoarjo pada Bulan Agustus-September Tahun 2001

Karakteristik	Frekuensi	%
Umur		
1. Anak	28	18,7
2. Dewasa	85	56,7
3. Manula > 60 tahun	37	24,6
Jenis kelamin		
1. Pria	72	48,0
2. Perempuan	78	52,0
Lama rawat		
1. 1 – 3 hari	50	33,3
2. ≥ 4 hari	100	66,6
Jenis penyakit		
1. Penyakit dalam	36	24,0
2. Bedah	32	21,3
3. Anak	32	21,3
4. Syaraf	14	9,3
5. Penyakit menular	36	24,0

Tabel 5. Gambaran Penghasilan, Pengeluaran Untuk Makan dan ATP Pasien Rawat Inap Kelas III pada Bulan Agustus – Oktober 2001

Parameter	Pendapatan	Pengeluaran	ATP
Mean	Rp 618,593,30	Rp 334.100,00	Rp 14.773,67
Median	Rp 500.000,00	Rp 300.000,00	Rp 10.000,00
Modus	Rp 300.000,00	Rp 300.000,00	Rp 7.500,00
SD	Rp 433.088,50	Rp 140.841,30	Rp 16.484,08
Minimum	Rp 150.000,00	Rp 100.000,00	Rp 0
Maksimum	Rp 2.600.000,00	Rp 900.000,00	Rp 85.000,00

Kondisi ATP pasien rawat jalan kelas tiga yang dihitung berdasarkan total pendapatan dikurangi total pengeluaran keluarga untuk makan seperti tersebut pada Tabel 5. Bila ATP diasumsikan sebesar 5% dari belanja bukan untuk makan, rerata ATP pasien rawat inap kelas III sebesar Rp 14.773,67 per KK / bulan atau 2,4% dari rerata pendapatan/KK III, sedangkan biaya riil pengobatan rawat inap kelas III sebesar Rp 622.591,00. Hal ini berarti pembayaran biaya pengobatan tersebut harus dicari dari sumber lain. Demikian juga untuk pembayaran obat rawat jalan sebesar Rp 28.133,00 sekali datang, masih jauh di atas ATP atau lebih kurang 2 X ATP. Oleh karena itu perlu efisiensi lebih lanjut dan peningkatan subsidi untuk pasien rawat inap kelas III.

SIMPULAN

Dari hasil tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa semua grup indikator yang di uji coba dapat digunakan. Data dasar indikator evaluasi manajemen biaya obat dan biaya riil pengobatan pasien rawat jalan dan rawat inap di RSUD Sidoarjo dari tahun 1998 /1999 – tahun 2001 yaitu anggaran RSUD Sidoarjo sebesar Rp11.681.499.020,00 pemulihan biaya pengobatan tahun 2000 sebesar 43% dan pemulihan biaya obat 14%, pengadaan obat RSUD sampai dengan tahun 2001 sebagian besar (92%) berasal dari Dati

II. Rerata penggunaan variasi obat 61% dan rerata kekosongan obat dan obat daluarsa 0%. Rasio jumlah obat per lembar R/ pasien rawat inap cukup tinggi (7,8%). Demikian juga persentasi jumlah R/ yang mengandung antibiotik pasien rawat inap (90%) sedangkan pemanfaatan obat generik pada pasien rawat inap masih rendah (2%) kemampuan membayar pasien rawat inap kelas III per KK / bulan sebesar Rp 14.773,67 lebih kecil dari biaya riil pengobatan rawat inap kelas III sebesar Rp 622.591,00.

Diharapkan pedoman evaluasi manajemen biaya obat dan biaya riil pengobatan pasien rawat jalan dan rawat inap RSUD kabupaten dapat diuji coba. Direktur RSUD perlu membuat kebijakan baru tentang penggunaan obat generik terutama untuk pasien rawat jalan dan rawat inap kelas III untuk meningkatkan penggunaan obat generik sehingga dapat menekan biaya yang pada akhirnya akan dapat meningkatkan keterjangkauan atau lebih mendekati nilai kemampuan membayar pasien rawat jalan dan inap RSUD kabupaten tersebut.

DAFTAR RUJUKAN

1. Departemen Kesehatan, Undang – Undang Kesehatan No 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, Jakarta. 1992
2. Biro perencanaan Dep.Kesehatan RI, Health Economic & Health Policy Report Series no.3, 1989.

3. Badan Litbangkes, Ditjen P2MPLP, Bappenas, Buku Panduan riset operasional intensifikasi pemberantasan penyakit menu-lar (RO-IP2M), Jakarta 1998.
4. WHO - PAHO, Rapid Pharmaceutical management Assesment An Indicator - based Approach, Washington DC, 1995.
5. Laporan Penelitian Pengembangan Pola Pembiayaan Obat Penyakit Menular (Malaria, ISPA, TB, dan Campak) di Rumah Sakit Umum dan 4 Puskesmas di Kabupaten Pekalongan, ICDC 1999/2000.
6. Profil Rumah Sakit Umum Daerah Sidoarjo, 2001, Sidoarjo.