

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Indonesia adalah negara yang menggunakan sistem jaminan sosial sebagai sistem dalam dunia kesehatannya. Menurut undang – undang Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2004, jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak. Jaminan sosial tersebut diatur dalam sebuah sistem yang dinamakan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggaraan jaminan sosial (BPJS) (Presiden, 2004). Sistem Jaminan Sosial Nasional memiliki target akan memenuhi Universal Health Coverage (UHC) pada tahun 2019 (BPJS, 2016).

Universal health coverage adalah sebuah keadaan dimana semua orang dapat menerima layanan kesehatan sesuai dengan

kebutuhan tanpa mengalami kesulitan dalam hal pembayaran (WHO, 2017). Universal Health Coverage adalah sebuah keadaan yang cocok bagi semua orang, dimana tidak ada perbedaan antara yang kaya dan miskin, yang diuntungkan maupun yang dirugikan, yang muda maupun yang tua, laki-laki maupun perempuan, dalam menerima layanan kesehatan (WHO, 2017). Era Jaminan Sosial akan membuat perubahan besar dalam sebuah paradigma kedudukan pasien. Dimana pasien akan lebih terjamin hak-haknya. Negara Thailand telah berhasil menerapkan Universal Health Coverage secara stabil pada tahun 2004. Proses menuju UHC pada negara Thailand ditempuh dalam waktu bertahap seperti yang ingin di rencanakan oleh Indonesia (Riewpaiboon et al., 2007).

Era jaminan sosial akan membuat seluruh pelayanan kesehatan pada tingkat pertama fokus pada kegiatan promosi, prevensi, rehabilitasi dan *palliative care*. Keadaan ini akan membuat Rumah Sakit harus bergerak lebih efektif dan efisien (WHO, 2017). Dokter tidak bisa lagi melakukan *overtreatment* kepada pasien dimana hal tersebut akan membuat biaya yang

dikeluarkan oleh Rumah Sakit menjadi lebih besar dari biaya klaim yang diberikan oleh badan penyelenggara jaminan sosial.

Sumber dana dari Sistem Jaminan Sosial Nasional berasal dari iuran peserta jaminan ditambah dengan anggaran negara. Sistem iuran peserta jaminan sosial di atur dalam peraturan presiden. Menurut peraturan presiden nomor 19 tahun 2016 iuran yang harus dibayarkan oleh peserta sesuai dengan kelas yang ingin diambil oleh peserta. Kelas I sebesar Rp 80.000,-, kelas II sebesar Rp 51.000,-, dan kelas III sebesar 25.500,-. Iuran tersebut kemudian dikelola oleh BPJS, dan dibayarkan BPJS kepada Rumah Sakit sesuai dengan besaran klaim yang telah ditentukan di dalam tarif INA-CBG's.

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat

kesehatan yang setinggi-tingginya. Rumah Sakit menjalankan dua fungsi yang saling berhubungan yaitu fungsi sosial dan fungsi bisnis. Menurut Undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 4, fungsi sosial Rumah Sakit dapat dirumuskan sebagai institusi yang memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tersebut membutuhkan sumber dana yang tidak sedikit. Diperlukan strategi bisnis yang tepat agar Rumah Sakit dapat tetap menjalankan fungsi sosial dan fungsinya secara bersamaan.

Jaminan Kesehatan Nasional menjadi tantangan tersendiri bagi Rumah Sakit, karena telah menjadi sebuah pasar wajib Rumah Sakit. Pasar Rumah Sakit memegang peranan utama dalam menentukan strategi bisnis Rumah Sakit termasuk penentuan harga satuan / *unit cost* sebuah pelayanan (Melnick et al., 1992). Semakin *kompleks* dan *competitive* sebuah pasar Rumah Sakit, akan membuat semakin rendah tarif pelayanan yang ditawarkan oleh Rumah Sakit (Melnick et al., 1992). Rumah Sakit akan berusaha untuk melakukan kendali mutu

dan biaya terhadap pelayanan yang diberikan. Kendali mutu dan biaya yang dilakukan Rumah Sakit dapat menggunakan instrument berupa *Clinical Pathway*. *Clinical pathway* adalah alur masuknya pasien mulai dari pendaftaran sampai diperbolehkan pulang dari Rumah Sakit dan berhubungan dengan sumber daya yang akan digunakan oleh Rumah Sakit terkait (Liweru et al., 2017). Rumah Sakit diwajibkan oleh departemen kesehatan (Depkes) Republik Indonesia memiliki *clinical pathways* bagi kasus-kasus yang sering ditemui dan beresiko tinggi, salah satunya adalah *Sectio Caesaria*.

Sectio Caesaria (SC) adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram (Prawirohardjo, 2000). Menurut Riskesdas 2013, angka kejadian *Sectio Caesarea* di Indonesia memiliki angka sebesar 9,8 persen dengan DKI Jakarta tertinggi (19,9%), dan Sulawesi Tenggara (3,3%). Karakteristik penduduk yang melalui *Sectio Caesarea* adalah tinggal di perkotaan (13,8%), pekerjaan sebagai pegawai

(20,9%), dan pendidikan tinggi yaitu lulus perguruan tinggi (25,2%).

Biaya paket tindakan *Sectio Caesaria* antar Rumah Sakit memiliki angka variasi yang tinggi (Liweru et al., 2017). Variasi paket tindakan *Sectio Caesarea* sebenarnya sudah diantisipasi oleh pemerintah melalui permenkes yang mengatur tentang tarif klaim dari tindakan tersebut. Tarif klaim tindakan *Sectio Caesarea* ringan dari BPJS menurut tarif INA-CBG's pada Permenkes nomor 64 tahun 2016 adalah sebesar Rp 5.460.300,- untuk kelas III, Rp 6.552.300,- untuk kelas II dan Rp 7.644.400 untuk kelas 1. Sistem pembayaran klaim tindakan di Rumah Sakit melalui BPJS ini dirasakan cukup merugikan bagi Rumah Sakit dikarenakan kebanyakan Rumah Sakit mengalami defisit. Dari sebuah penelitian yang dilakukan oleh (Hartono, 2009), 85,3% Rumah Sakit pemerintah di Indonesia tidak dapat mencapai *cost recovery*. Hanya 14,7% saja yang dapat mencapai *cost recovery* melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional. Sistem Jaminan Sosial Nasional yang berbasis asuransi ini menunjukkan bahwa

semakin luas cakupan asuransi kesehatan, akan menimbulkan meningkatnya biaya Rumah Sakit (Sarowar et al., 2010). Peningkatan biaya Rumah Sakit ini dapat diminimalisir dengan melakukan penghitungan tarif pelayanan di Rumah Sakit dengan teliti. Penghitungan tarif adalah sebuah langkah besar dalam menentukan tarif tindakan, merencanakan rencana jangka pendek dan panjang, dan mengukur efisiensi dari sistem kesehatan (Hsiao et al., 2007).

Pemilihan metode penghitungan tarif pelayanan Rumah Sakit menjadi tantangan tersendiri bagi Rumah Sakit, karena kesalahan dalam pemilihan metode penghitungan akan dapat memunculkan selisih yang besar dalam hasil akhir dari total biaya yang diperlukan setelah pelayanan. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh (Javid et al., 2015) menunjukkan hasil perbedaan yang bermakna, terhadap tarif tindakan di sebuah Rumah Sakit di Iran ketika dihitung menggunakan metode *Activity-Based Costing* (ABC) dibandingkan dengan metode *Tradisional Cost Sistem* (TCS). Metode ABC menghasilkan

harga yang lebih tinggi pada tarif tindakan. Hal ini akan menjadi langkah awal Rumah Sakit menghindari kerugian.

RSUD Kota Yogyakarta merupakan salah satu Rumah Sakit yang ada di Kota Yogyakarta yang merupakan Rumah Sakit tipe B dengan fasilitas Instalasi Gawat Darurat (IGD) 24 jam, Intensive Care Unit (ICU), Instalasi Bedah Sentral, Radiologi diagnostik (X-Ray, CT Scan, MRI), Kamar bersalin, Ruang perinatal, Bangsal rawat inap, rawat jalan yang terdiri dari poli Obsgyn, Anak, Penyakit Dalam, Bedah, Syaraf, Kulit, Jiwa, THT, dan Jiwa. Di RSUD Kota Yogyakarta angka tindakan *Sectio Caesarea* cukup tinggi.

Berdasarkan hasil wawancara dengan bagian keuangan RSUD Kota Yogyakarta, belum pernah diadakan evaluasi penghitungan biaya tindakan *sectio caesarea* yang ada dibandingkan dengan metode ABC. Dengan adanya tarif klaim yang telah ditetapkan oleh BPJS, Rumah Sakit perlu melakukan analisis biaya tindakan yang tepat dan efisien agar biaya yang dikeluarkan tidak mengalami angka *negative*, yaitu

biaya pengeluaran lebih besar dibandingkan dengan biaya yang didapatkan dari BPJS.

Berdasarkan latar belakang di atas, perlu dilakukan penelitian mengenai analisa *unit cost* tindakan *sectio caesaria* tanpa komplikasi terhadap tarif RSUD Kota Yogyakarta dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* yang memiliki kelebihan dibandingkan dengan metode yang lain.

B. RUANG LINGKUP PENELITIAN

Ruang lingkup penelitian ini adalah penghitungan *unit cost* tindakan *Sectio Caesarea* tanpa komplikasi pada ruang instalasi bedah sentral dibandingkan dengan tarif RSUD Kota Yogyakarta untuk tindakan *Sectio Caesaria*.

C. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis merumuskan masalah yang akan diteliti adalah:

1. Berapa *unit cost* tindakan *Sectio Caesarea* di RSUD Kota Yogyakarta menggunakan metode *activity-based costing*?
2. Bagaimana perbedaan tarif tindakan *Sectio Caesaria* menggunakan metode *Activity-Based Costing* dibanding dengan *Real Cost* di RSUD Kota Yogyakarta?

D. TUJUAN PENELITIAN

Tujuan penelitian yang ingin dicapai oleh peneliti adalah:

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui *unit cost* tindakan *Sectio Caesarea* di RSUD Kota Yogyakarta dengan menggunakan metode *Activity-Based Costing*.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui perbedaan hasil perhitungan *unit cost* tindakan *Sectio Caesarea* di RSUD Kota Yogyakarta menggunakan metode *Activity-Based Costing* dibanding dengan *Real Cost*.

E. MANFAAT PENELITIAN

1. Aspek Praktis : mendapatkan informasi mengenai perhitungan *unit cost* dari tindakan *Sectio Caesarea* menggunakan metode *Activity-Based Costing* dan sebagai bahan kajian dalam evaluasi biaya yang telah ada.
2. Aspek Keilmuan : memberikan pemahaman dan pengetahuan mengenai penentuan *unit cost* sebagai salah satu dasar penerapan tarif tindakan *Sectio Caesaria* tanpa penyulit di Instalasi Bedah Sentral menggunakan metode *Activity-Based Costing*.