

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Seiring dengan berjalannya era globalisasi dengan terbukanya pasar bebas akan memberikan pengaruh yang baik dalam menimbulkan iklim kompetisi. Hal ini memberikan peluang bagi setiap rumah sakit di Indonesia untuk mengembangkan pelayanan kesehatan. Persaingan antar rumah sakit memberikan perubahan dalam bidang manajemen, baik rumah sakit pemerintah, swasta, maupun asing. Tujuan akhirnya adalah peningkatan mutu pelayanan. Tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang memadai semakin meningkat. Hal ini turut memberikan warna di era globalisasi dan memacu rumah sakit untuk memberikan layanan terbaiknya agar tidak dimarginalkan oleh masyarakat (Kusnanto, 2004).

Rumah sakit sebagai organisasi yang kompleks merupakan komponen yang sangat penting dalam sistem pelayanan kesehatan. Rumah sakit terletak dalam posisi yang sulit, di satu pihak dituntut untuk memberikan pelayanan yang baik sesuai tuntutan masyarakat dan di lain pihak dituntut untuk melakukan efisiensi dalam pelaksanaannya (Ruci, 2011).

Saat ini pelayanan kesehatan di Indonesia menggunakan sistem pembayaran tarif paket Ina-CBGs (*Indonesia Case Based Groups*), yang merupakan suatu sistem klasifikasi beberapa jenis diagnosis dan prosedur

tindakan pelayanan di rumah sakit yang dikaitkan dengan pembiayaan dan bertujuan untuk mengontrol mutu dan biaya pelayanan kesehatan. Sistem ini merupakan upaya pemerintah untuk menjamin pembiayaan kesehatan bagi masyarakat yang kurang mampu. Sistem yang merupakan kelanjutan Ina-DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) ini, mengharuskan rumah sakit di kelas tiga untuk melakukan kendali mutu, kendali biaya, dan akses sehingga rumah sakit bisa lebih efisien terhadap biaya perawatan yang diberikan kepada pasien, tanpa mengurangi mutu pelayanan. Dengan demikian, tarif dapat diprediksi dan keuntungan yang diperoleh rumah sakit pun dapat lebih pasti (Wibowo, 2013).

Pemberlakuan tarif INA CBG ini berdasarkan regional dan akreditasi rumah sakit. Hal ini memungkinkan perbedaan tarif antar rumah sakit. Secara regional dibagi menjadi empat, terdiri dari regional 1 daerah Jawa dan Bali, regional 2 Sumatera, Regional 3 daerah Kalimantan, Sulawesi dan Nusa Tenggara Barat (NTB) dan regional 4 daerah Nusa Tenggara Timur (NTT), Maluku, Maluku Utara, Papua dan Papua Barat (Wibowo, 2013).

Hasil perhitungan *unit cost* dengan metode *activity based costing* dapat memberikan informasi mengenai perhitungan biaya yang lebih akurat, sehingga dapat digunakan oleh pihak manajemen dalam menentukan tarif dari produk atau jasa yang ditawarkan oleh rumah sakit. Selain itu juga dapat digunakan untuk mengambil keputusan yang akurat dalam penganggaran dan perencanaan biaya (Yereli, 2009).

Metode ABC dapat membantu untuk mengurangi biaya yang tidak perlu secara lebih efektif dan mengurangi biaya yang tidak mempunyai nilai tambah bahkan menghapus biaya dari aktivitas yang tidak perlu melalui analisis aktivitas. ABC sistem dapat memberikan informasi untuk memaksimalkan sumber daya dan menghubungkan *cost* dan *performance* serta pengukuran outcome (Baker, 1998).

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah salah satu rumah sakit swasta di kota Yogyakarta. Merupakan rumah sakit terakreditasi dengan tipe B yang terdiri dari pelayanan Unit Gawat Darurat, poli spesialis dan subspecialis, pelayanan rawat inap, dan instalasi-instalasi penunjang kedokteran lainnya. Berdasarkan data dari bagian keuangan, tahun 2012 RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta mengalami kekurangan dalam pembiayaan pasien rawat inap di kelas 3, sebesar kurang lebih 2,4 milyar rupiah. Kekurangan tersebut terletak pada pasien kelas 3 yang mempunyai jaminan kesehatan. Untuk menutupi kekurangan tersebut, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta melakukan subsidi silang dengan pasien VIP, dimana kelas VIP selalu ramai pasien. Selain itu, juga diambilkan dari dana BAZIS (Badan Amil Zakat Infaq dan Shodaqoh) untuk membantu menutupi kekurangan tersebut. Saat ini RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta belum memiliki tarif yang dihitung berdasarkan unit cost masing-masing tindakan karena perhitungan tarif berdasar unit cost masih sulit untuk diaplikasikan sehingga belum ada perhitungan pasti.

Di Indonesia BPH merupakan penyakit dengan urutan kedua setelah batu saluran kemih dan diperkirakan ditemukan pada 50% pria berusia 50 tahun. Dengan angka harapan hidup rata-rata di Indonesia yang sudah mencapai 65 tahun dan diperkirakan $\pm 5\%$ pria di Indonesia sudah berusia 60 tahun. Dari 200 juta penduduk di Indonesia, 100 juta adalah pria yang sudah berusia > 60 tahun kira-kira lima juta sehingga diperkirakan 2,5 juta laki-laki Indonesia menderita BPH, $\pm 30\%$ dari pasien akan datang meminta pertolongan, yaitu sekitar ± 800.000 orang (Raharjo, 1997). Beberapa penulis menyebutkan bahwa frekuensi BPH yang simptomatik 14% pada pria berusia 40 tahun, 24% pria berusia 50 tahun, 43-50% pada usia 60 tahun (Kirby, 1995). Berdasarkan angka autopsi perubahan mikroskopik pada prostat sudah dapat ditemukan pada usia 30 – 40 tahun. Bila perubahan mikroskopik ini terus berkembang akan terjadi perubahan patologi anatomi. Pada pria usia 50 tahun angka kejadiannya sekitar 50%, dan pada usia 80 tahun sekitar 80%. Sekitar 50% dari angka tersebut diatas akan menyebabkan gejala dan tanda klinik (Sjamsuhidajat, 2011).

Data dari Badan Pusat Statistik, Yogyakarta mempunyai angka harapan hidup yang tinggi sehingga jumlah penduduk usia lanjut cukup besar. Dengan kata lain, peluang terjadinya hiperplasia prostat (BPH) cukup tinggi. Hal ini menjadikan tindakan prostatektomi menjadi alternatif terapi yang harus dilakukan.

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta berada di regional 1 dan berakreditasi B sehingga berdasarkan PMK RI tahun 2013 tarif tindakan

prostatektomi kompleks ringan kelas tiga adalah sebesar Rp 5.366.225,00. Mengingat banyaknya pasien dengan BPH yang membutuhkan tindakan prostatektomi, maka Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta perlu menilik kembali biaya tindakan tersebut. Tindakan prostatektomi membutuhkan lama perawatan enam sampai delapan hari atau memiliki *LOS (length of stay)* yang tinggi. Oleh karena itu memungkinkan biaya rumah sakit untuk tindakan tersebut cukup besar. Atas dasar tersebut perlu dilakukan penelitian mengenai perhitungan unit cost yang dikeluarkan rumah sakit dalam tindakan prostatektomi agar dapat mengefisienkan biaya dan memberikan mutu yang baik.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas maka dapat dirumuskan permasalahan sebagai berikut:

1. Berapakah unit cost tindakan prostatektomi dengan metode *activity based costing* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta?
2. Adakah selisih antara perhitungan *unit cost* prostatektomi dengan metode *Activity Based Costing*, *real cost*, dan tarif INA CBG yang ditetapkan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum Penelitian

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk :

- a. Menganalisis *unit cost* prostatektomi dengan metode *Activity Based Costing* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- b. Mengetahui selisih antara perhitungan *unit cost* prostatektomi dengan metode *Activity Based Costing*, *real cost*, dan tarif INA CBG yang ditetapkan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus Penelitian

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah untuk menganalisis komponen-komponen biaya yang diperhitungkan RS dalam menentukan besarnya biaya prostatektomi yang ditetapkan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis (Keilmuan)

Sebagai bahan referensi bagi penelitian selanjutnya, memberikan pengetahuan dan pemahaman lebih mendalam tentang penentuan *unit cost* sebagai dasar penerapan tarif prostatektomi yang dihitung dengan metode *Activity Based Costing* dan dijadikan bahan pembelajaran

dalam memperluas wawasan keilmuan di bidang manajemen rumah sakit.

2. Aspek Praktis (Guna Laksana)

Sebagai bahan masukan dan kajian untuk melakukan evaluasi terhadap perencanaan dalam mengevaluasi biaya yang ada serta melakukan efisiensi biaya prostatektomi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.