

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Penelitian**

Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Hal ini diatur dalam undang-undang kesehatan, yaitu UU 36/2009. Untuk mewujudkan komitmen global dan konstitusi di atas, pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi kesehatan perorangan. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial (Kemenkes, 2013).

Kebijakan pemerintah mengenai BPJS yang diatur dalam UU Nomor 24/2011 merupakan implementasi dari Jaminan Kesehatan Nasional sesuai dengan Undang-Undang SJSN Nomor 40 tahun 2004. Kementerian Kesehatan juga mengatur mengenai pelayanan kesehatan, pelayanan kesehatan tingkat pertama, pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, jenis dan plafon harga alat bantu kesehatan, serta pelayanan obat dan bahan medis habis pakai untuk peserta Jaminan Kesehatan Nasional. Diberlakukannya sistem tersebut mulai Januari 2014 memberikan dampak besar bagi keberlangsungan rumah sakit terutama rumah sakit swasta.

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna

yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Demi mewujudkan pelayanan tersebut mengharuskan rumah sakit memenuhi fasilitas pelayanan kesehatan serta sumber daya manusia yang berkualitas. 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. Tuntutan *customer* akan keseimbangan antara nilai rupiah yang dibayarkan dengan kualitas pelayanan yang diterima sangat tinggi. Seiring dengan perkembangan perumahsakit di Indonesia yang persaingan semakin menajam, rumah sakit secara nyata akan menghadapi berbagai kendala dan tantangan pada masa yang akan datang, termasuk dengan diberlakukannya sistem BPJS (Adisasmito, 2008).

Efisiensi pelaksanaan pelayanan kesehatan RS dapat dicapai dengan perhitungan biaya dengan tepat dari setiap unit fungsional pelayanan kesehatan di RS tersebut. Secara umum diketahui bahwa rumah sakit terus mengalami inflasi biaya baik biaya operasional maupun biaya investasi. Masalah pembiayaan yang penting adalah keseimbangan antara pendapatan dan biaya sehingga diketahui apakah rumah sakit beroperasi dalam keadaan untung (*profit making*), kembali modal (*break event*) atau rugi (*loss making*), dan sejauh mana profit bisa dicapai untuk mempertahankan kelangsungan hidup rumah sakit tanpa harus meninggalkan fungsi sosialnya (Tongko, 2008).

Perhitungan biaya menjadi dasar dari penentuan tarif yang akan diberlakukan pada suatu rumah sakit. Sesuai Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 440/Menkes/SK/XII/2012 tentang pemberlakuan INA CBGs (*Indonesia*

*Case Based Groups*), Kementerian Kesehatan RI menetapkan standar baku tarif pelayanan kesehatan RS yang besarnya ditentukan berdasarkan klasifikasi jenis grup penyakit dan prosedur tindakan pelayanan di rumah sakit sesuai dengan tipe rumah sakit dan kelas perawatan (Depkes RI, 2007).

Penerapan cara pembayaran paket berbasis paket casemix dengan sistem *Indonesia Cased Based Group* (INA CBGs) dalam era BPJS menuntut pemberi pelayanan kesehatan dalam hal ini RS untuk menggunakan segala sumber daya mulai dari administrasi, pemeriksaan penunjang, tindakan, sampai obat untuk pasien baik rawat jalan maupun rawat inap secara efisien dan rasional tetapi efektif. Untuk mencapai kepuasan pasien yang baik dan efisiensi dalam hal biaya maka diperlukan adanya prosedur tetap yang telah dibuat oleh rumah sakit dalam bentuk *clinical pathway* (Adisasmito, 2008).

Semua rumah sakit terutama rumah sakit swasta harus menentukan tarif layanannya dengan tepat agar sesuai dengan klaim tarif yang sudah ditentukan oleh pemerintah melalui INA CBGs, sehingga RS dapat bertahan dan tetap maju di tengah persaingan pasar antar rumah sakit yang cukup berat. Perhitungan biaya secara riil yang mencakup seluruh biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit untuk suatu tindakan sangat diperlukan untuk mengatasi tantangan tersebut. Dalam memutuskan besarnya tarif yang diberikan atau menyusun besarnya anggaran suatu program pelayanan, maka perhitungan biaya satuan (*unit cost*) akan sangat membantu.

Analisis *unit cost* (biaya satuan) adalah suatu kegiatan menghitung biaya rumah sakit untuk berbagai jenis pelayanan yang ada, baik secara total maupun per-

unit atau per-pasien, dengan cara menghitung seluruh biaya pada unit/pusat biaya/departemen jasa serta mengalokasikan atau mendistribusikan ke unit-unit produksi yang kemudian dibayarkan oleh pasien (Agastya & Arifa'i, 2011). Terdapat banyak metode yang digunakan untuk menghitung unit cost dan metode yang banyak digunakan adalah metode *Activity Based Costing* (ABC). *Activity Based Costing* merupakan suatu metodologi pengukuran biaya dan kinerja atas aktivitas, sumber daya, dan objek biaya (Adisasmito, 2008). Analisis biaya per unit ini (*unit cost*) dapat dipergunakan rumah sakit untuk pengukuran kinerja sebagai dasar penyusunan anggaran, subsidi, dan alat negosiasi pembiayaan kepada *stakeholder*. Penghitungan *unit cost* dengan *activity based costing* (ABC) dapat mengukur secara cermat biaya keluar dari setiap aktivitas. Hal ini disebabkan karena banyaknya *cost driver* yang digunakan dalam pembebanan biaya *overhead* sehingga dapat meningkatkan ketelitian dalam perincian biaya dan ketepatan pembebanan biaya lebih akurat (Mulyadi, 2007).

Hernia merupakan protrusi atau penonjolan isi suatu rongga melalui defek atau bagian lemah dari dinding rongga bersangkutan pada hernia abdomen, isiperut menonjol melalui defek atau bagian lemah dari bagian muskulo-aponeurotik dinding perut. Semua hernia terjadi melalui celah lemah atau kelemahan yang potensial pada dinding abdomen yang dicetuskan oleh peningkatan tekanan intraabdomen yang berulang atau berkelanjutan. Hernia yang sering terjadi sesuai urutan adalah inguinalis, femoral, umbilical, dan paraumbilical. Hernia inguinalis merupakan protrusi viscus (organ) dari kavum

peritoneal ke dalam canalis inguinalis. Terapi definitif dari hernia adalah tindakan pembedahan, yaitu *herniorraphy* yang terdiri dari *herniotomy* dan *hernioplasty*.

Simarmata (2003) melaporkan bahwa hernia inguinalis merupakan kasus bedah digestif terbanyak setelah appendicitis, dan sampai saat ini masih merupakan tantangan dalam peningkatan status kesehatan masyarakat karena besarnya biaya yang diperlukan dalam penanganannya dan lambatnya pemulihan serta angka rekurensi yang tinggi. Bank data Kementerian Kesehatan Indonesia menyebutkan bahwa berdasarkan distribusi penyakit sistem cerna pasien rawat inap menurut golongan sebab sakit Indonesia tahun 2004, hernia menempati urutan ke-8 dengan jumlah 18.145 kasus, 273 diantaranya meninggal dunia. Dari total tersebut, 15.051 diantaranya terjadi pada pria dan 3.094 kasus terjadi pada wanita. Sedangkan untuk pasien rawat jalan, hernia masih menempati urutan ke-8. Dari 41.516 kunjungan, sebanyak 23.721 kasus adalah kunjungan baru dengan 8.799 pasien pria dan 4.922 pasien wanita. Berdasarkan data rekam medis, jumlah tindakan operasi hernia di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta cukup tinggi, dari total 1.471 operasi sedang, operasi hernia sebanyak 99 tindakan dalam setahun, menempati urutan ketiga setelah appendiktomi dan lumpektomi. Kunjungan rawat jalan di poli bedah umum untuk diagnosis hernia menempati urutan kelima sebanyak 287 kunjungan dari total 4.321 kunjungan pada tahun 2013. Tarif paket INA CBG yang diterapkan juga mengatur tarif dalam tindakan *hernia repair*. Tarif INA CBG untuk tindakan *hernia repair* ringan untuk RS Tipe B Kelas III adalah sebesar Rp. 4.452.650 sedangkan tarif tindakan *hernia repair* ringan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta bervariasi mulai dari

tigajuta hingga lima juta rupiah. Hal ini dikarenakan penyusunan tarif belum disesuaikan dengan biaya satuan dari tiap-tiap aktivitas yang dilakukan dalam tindakan *hernia repair*ringan, sehingga rumah sakit terkadang mendapatkan keuntungan tetapi tidak jarang juga merugi.

Dengan adanya tarif yang telah diterapkan oleh pemerintah maka rumah sakit perlu melakukan penyesuaian dengan tarif tersebut. Untuk itu perlu dilakukannya analisa biaya terhadap pelayanan layanan *Hernia Repair* sehingga rumah sakit tidak mendapatkan kerugian. Dari latar belakang diatas penulis tertarik untuk menyusun penelitian dengan judul Analisis Perhitungan Biaya Satuan Tindakan Hernia dengan Metode *Activity Based Costing*.

## **B. Rumusan Masalah**

1. Berapakah biaya satuan layanan *Hernia Repair* dengan metode *activity based costing*?
2. Apakah ada perbedaan antara hasil perhitungan biaya satuan layanan *Hernia Repair* dengan metode *activity based costing* dengan biaya satuan yang diterapkan di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta?

## **C. Tujuan Penelitian**

1. Tujuan Umum

Menganalisis biaya satuan layanan *Hernia Repair* dengan metode *activity based costing* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Menghitung biaya satuan (*unit cost*) layanan *Hernia Repair* dengan metode *activity based costing* di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta
- b. Menganalisis perbedaan antara hasil perhitungan *unit cost* *Hernia Repair* dengan metode *activity based costing* dan *unit cost* yang diterapkan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

### **D. Manfaat Penelitian**

#### 1. Aspek teoritis (keilmuan)

Sebagai bahan referensi untuk penelitian yang serupa, memberikan pengetahuan dan pemahaman lebih mendalam tentang penentuan *unit cost* sebagai dasar penerapan tarif tindakan *hernia repair* yang dihitung dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* (ABC).

#### 2. Aspek praktis (guna laksana)

Sebagai bahan kajian untuk melakukan evaluasi terhadap perencanaan dalam mengevaluasi biaya yang ada serta melakukan efisiensi biaya tindakan *hernia repair* di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

