

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Biaya pelayanan kesehatan akan semakin meningkat terus. Rumah sakit sebagai penyelenggara layanan kesehatan mempunyai beban tersendiri untuk bisa memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan adil bagi masyarakat. Hal ini mendorong seluruh elemen baik pihak rumah sakit maupun *stakeholder* (*provider* atau pemerintah) untuk menghitung secara tepat berapa biaya pelayanan yang dibutuhkan.

Upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit di Indonesia dapat dilaksanakan melalui pendekatan program yaitu: *quality assurance* (jaminan kualitas), akreditasi, *total quality management*, audit medik, *hospital bylaws* (peraturan internal rumah sakit), *medial staff bylaws* (peraturan internal staf medis) serta penerapan KODEKI (Kode Etik Kedokteran Indonesia), KODERSI (Kode Etik Rumah Sakit Indonesia), dan *cost accounting* (Rahmawarti, 2012).

Dalam konteks *good governance*, Konver tahun 1995 menyatakan bahwa peran pemerintah ada dua, yaitu: 1. regulator, 2. pemberi pelayanan. Peran pemerintah sebagai regulator merupakan hal penting. Rumah sakit pemerintah maupun swasta perlu diawasi mutunya sesuai dengan regulasi yang telah ditentukan. Oleh karena itu, dibentuk berbagai mekanisme

pengawasan, lembaga bantuan hukum untuk kesehatan, dan juga pebentukan sistem akreditasi rumah sakit.

Ada dua kekuatan utama yang berkontribusi pada era pelayanan kesehatan kotemporer dalam penentuan biaya layanan kesehatan. Kedua kekuatan itu: 1. pengembangan kelompok yang terkait grup berdasarkan kemiripan kasus (*cased based groups*) dengan rencana pembayaran kapitasi yang terkait dan 2. pembukaan tekanan kompetitif dalam industri yang telah meningkatkan perubahan struktur utama menjadi perawatan terkelola (Davis, 2006).

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) tahun 2011, lahirnya Undang Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) Nomor 40 Tahun 2004 bersumber dari amanat Undang Undang Dasar (UUD) 1945 menunjukan rencana pemerintah untuk menetapkan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional bagi seluruh warga Indonesia. Sistem jaminan ini akan mulai diberlakukan pada tahun 2014 dimana sistem ini merupakan bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya secara layak, yaitu salah satunya dalam bidang kesehatan. Sesuai Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 program ini akan diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang merupakan penyatuan dari beberapa Badan Umum Milik Negara (BUMN) yang ditunjuk, yaitu: PT. Jamsostek, PT. Askes, PT. Taspen, dan PT. Asabri.

Jaminan kesehatan mengacu kepada kendali mutu dan kendali biaya dengan menerapkan prinsip *managed care* agar terjadi pembiayaan yang

efisien dengan mutu yang tetap terjamin sesuai indikasi medis. Salah satu kontrol pembiayaan yang efektif dan efisien dengan menggunakan pola pembayaran prospektif yaitu kapitasi dan *Indonesian Case Based Groups* (INA CBG). INA CBG adalah versi Depkes RI untuk sistem pembiayaan berdasarkan pendekatan sistem *casemix*. *Casemix* merupakan sistem pengelompokan penyakit yang menggabungkan jenis penyakit yang dirawat di sebuah rumah sakit dengan biaya yang terkait (Sulastomo, 2007).

Mengingat perhitungan INA CBG tidak melibatkan data *costing* dan *coding* dari rumah sakit swasta maka rumah sakit swasta perlu memperhitungkan besarnya *unit cost* melalui analisis biaya agar rumah sakit dapat mengendalikan biaya dan mutu yang akhirnya rumah sakit tidak merugi. Rumah sakit swasta harus berjuang untuk memiliki kemampuan teknis dalam mengelola dan menghitung biaya yang baik berdasarkan kondisi dan fasilitas rumah sakit sehingga dapat mempergunakan INA CBG dengan tepat. Hal ini dapat didukung dengan melakukan analisis biaya.

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).

Tonsilitis adalah suatu peradangan pada tonsil atau biasa disebut amandel. Kebanyakan kasus tonsilitis dapat sembuh dengan penanganan konvensional, namun bila penanganan tidak adekuat dapat menyebabkan peradangan menjadi kronis. Tonsilitis kronis menyebabkan komplikasi diantaranya: abses peritonsilar, abses parafaringeal, abses retrofaringeal, adenitis servikalis supuratif, kista tonsil, OMA (otitis media akut), mastoiditis akut, laringitis, sinusitis, rhinitis, miokarditis, artritis, radang ginjal akut (*acute glomerulonephritis*), demam rematik, dan *bakterial endokarditis*. Untuk mencegah terjadinya komplikasi pada tonsilitis kronis dapat dilakukan tindakan bedah tonsilektomi (Wanri, 2007).

Tonsilektomi tidak bebas dari morbiditas dan mortalitas sehingga perlu untuk menyadari bahwa tindakan ini sama seperti tindakan pembedahan lainnya dan sebaiknya perlu dilakukan secara optimal (Wanri, 2007). Di Amerika Serikat tonsilektomi digolongkan operasi mayor karena kekhawatiran terjadi komplikasi, sedangkan di Indonesia tonsilektomi digolongkan sebagai operasi sedang karena durasi yang pendek dan tidak sulit (Hermani *et al.*, 2004; Wanri, 2007).

Tonsilektomi merupakan kasus pelayanan bedah yang paling banyak pada bidang ilmu Telinga Hidung dan Tenggorok (THT) yang ditangani oleh rumah sakit. Tonsilektomi merupakan pelayanan tindakan yang menempati urutan ke 15 dengan jumlah pelayanan sebesar 67 tindakan pada tahun 2012 di Rumah Sakit Pembina Kesejahteraan Umat (RS PKU) Muhammadiyah Yogyakarta. RS PKU Muhammadiyah adalah satu rumah sakit swasta di

Yogyakarta yang turut mendukung program SJSN dibidang kesehatan. RS PKU Muhammadiyah terletak di Jln. KHA Ahmad Dahlan Yogyakarta dengan 12 bidang pelayanan bertipe B.

Tarif paket INA CBG yang diterapkan juga mengatur tarif dalam tindakan tonsilektomi. Tarif INA CBG untuk tindakan tonsilektomi adalah sebesar Rp. 1.699.571 sedangkan tarif *real cost* tindakan tonsilektomi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sebesar Rp. 3.275.100, selisih yang terjadi antara tarif INA CBG dan *real cost* cukup besar yaitu Rp. 1.575.529 atau sebesar 93 %.

Isu tentang efisiensi dan peran penting biaya dalam proses pelayanan kesehatan dan tindakan prosedur tonsilektomi diatas menyebabkan peneliti memandang perlu adanya penelitian mengenai analisa perhitungan *unit cost* tonsilektomi dengan metode ABC di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

B. Perumusan Masalah

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

1. Berapakah *unit cost* tonsilektomi dengan menggunakan metode ABC di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta?
2. Berapa selisih tarif tonsilektomi antara metode ABC di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan tarif INA CBG?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian yang ingin dicapai adalah sebagai berikut:

1. Tujuan umum.
 - a. Untuk menganalisis *unit cost* tonsilektomi dengan menggunakan metode ABC di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
 - b. Untuk mengetahui selisih antara tarif tonsilektomi metode ABC dengan tarif INA CBG di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
2. Tujuan khusus penelitian.

Untuk mengetahui komponen-komponen biaya yang diperhitungkan rumah sakit dalam menentukan besarnya biaya tonsilektomi yang diterapkan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek teoritis.

Memberikan kontribusi ilmu pengetahuan dalam perhitungan *unit cost* dengan metode ABC dalam penerapan INA CBG.
2. Aspek praktis untuk manajemen rumah sakit.

Dapat dijadikan untuk bahan kajian dalam melakukan evaluasi terhadap perencanaan lebih lanjut dalam upaya mengevaluasi tarif yang ada serta melakukan efisiensi biaya.