

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tujuan dari pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal berdasarkan UU Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992. Derajat kesehatan yang optimal diperoleh dengan pendekatan yang dilaksanakan secara menyeluruh meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Indonesia, 1992). Rumah sakit merupakan fasilitas kesehatan yang berfokus pada upaya kuratif dan rehabilitatif. Fasilitas tersebut membutuhkan pembiayaan yang mahal sehingga tidak semua lapisan masyarakat mampu untuk mengakses fasilitas tersebut. Pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang kontinu atau terus – menerus dengan jumlah yang cukup dan teralokasi dengan adil dan memberikan manfaat yang optimal (Indonesia, 2009).

Pada resolusi ke-58 tahun 2005 di Jenewa, *World Health Organization* atau WHO memberi amanat pada setiap negara untuk mengembangkan *Universal Health Coverage*, Negara Indonesia membentuk Jaminan Kesehatan Nasional untuk menjalankan amanat tersebut. Program tersebut melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial atau BPJS mulai diberlakukan di Indonesia sejak 1 Januari 2014. BPJS kesehatan membayar pelayanan kesehatan pesertanya kepada fasilitas kesehatan baik Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) contohnya Rumah Sakit (Kemenkes, 2016). Sistem JKN umumnya seperti asuransi di mana pemerintah dan masyarakat gotong royong mengumpulkan dana yang kemudian dana tersebut dikembalikan kepada masyarakat yang memerlukan pelayanan kesehatan dengan tidak berbiaya. Pembayaran biaya pelayanan kesehatan oleh BPJS untuk rumah sakit dilakukan dengan model

case-mix Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) yang ditetapkan berdasarkan peraturan Menteri Kesehatan (Pemerintah, 2014). Dengan diberlakukannya paket tarif INA-CBGs ini mengharuskan manajer rumah sakit melakukan subsidi silang antara tarif INA-CBGs non tindakan terhadap tarif INA CBGs dengan tindakan. Kenyataannya subsidi silang ini sulit dilakukan pada rumah sakit dengan jumlah layanan tindakan yang tinggi. Tarif INA CBGs untuk pelayanan dengan tindakan seperti obstetri ginekologi rata-rata lebih rendah dibandingkan dengan tarif riil rumah sakit. Jasa layanan operasi merupakan salah satu pelayanan di RSKIA Ummi Khasanah. Jasa tersebut melibatkan berbagai layanan yang disediakan Rumah Sakit seperti layanan rawat inap, laboratorium, farmasi, dan layanan penunjang lainnya baik medis maupun non-medis. Investasi yang banyak tersebut diharapkan juga dapat memberikan manfaat yang tinggi bagi Rumah Sakit dan Pasien. Selain itu keakuratan penghitungan biaya jasa di ruang operasi yang harus dibayarkan sangat berpengaruh terhadap daya saing dengan rumah sakit lain (Firdaus and Pribadi, 2016).

Sekitar 18.5 juta tindakan *sectio caesarea* (SC) dilakukan di dunia setiap tahunnya. Menurut WHO di Indonesia menghabiskan biaya sekitar US \$19,532,824 pada tahun 2008 (Gibbons et al., 2010). Berdasarkan data yang diperoleh dari Riset Kesehatan Dasar pada tahun 2018 jumlah persalinan di RS Swasta lebih banyak 18% dibandingkan dengan persalinan di RS Pemerintah sebesar 15% (KEMENKES, 2018). Proporsi tindakan SC meningkat dari tahun 2007 sebanyak 7% mencapai 17% pada tahun 2017 (BKKBN et al., 2018). Dalam catatan BPJS tahun 2017 pada Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) kasus terbanyak adalah Operasi Pembedahan Caesar Ringan dengan jumlah klaim pun mencapai Rp 3 triliun (BPJS, 2017).

Angka Kematian Ibu (AKI) di Kabupaten Bantul pada tahun 2018 tertinggi di DIY. Oleh karena itu diperlukan langkah bersama untuk menurunkan kasus kematian ibu pada saat bersalin utamanya pemerintahan daerah (Pemda) dan institusi pendidikan. Kematian ibu melahirkan sering

kali justru tidak terjadi di lapangan tetapi justru di Rumah Sakit (Agus, 2019). Hal ini berkaitan dengan kondisi ekonomi di Kabupaten Bantul, pada tahun 2017 yang telah memiliki kartu Jamkesmas sejumlah 497.485 jiwa atau hanya sebesar 54,09% dari total penduduk Kabupaten Bantul (Bantul, 2018).

Hasil audit penyebab kematian ibu tersebut sebagian besar disebabkan pemilihan fasilitas layanan persalinan pada ibu hamil/bersalin/nifas yang kurang tepat sehingga menyebabkan keterlambatan penatalaksanaan kasus emergency obstetric di rumah sakit. Hasil Audit Maternal Perinatal (AMP) menyimpulkan bahwa penyebab kematian ibu pada Tahun 2017 adalah Pendarahan sebesar 17% yang biasanya membutuhkan tindakan operasi untuk penatalaksanaan lebih lanjut (Bantul, 2018).

Mayoritas rumah sakit menggunakan sistem akuntansi “*top-down*” daripada pendekatan “*bottom-up*” (Martin et al., 2018). Pendekatan top down menggunakan data yang sebelumnya sudah ditentukan (misalnya *relative value units/RVU*) untuk menetapkan total biaya layanan kesehatan. Pendekatan bottom-up menghitung biaya berdasarkan sumber daya yang dipakai untuk menyediakan perawatan pasien di Rumah Sakit. Penghitungan biaya dengan pendekatan “*bottom up*” lebih akurat karena mengidentifikasi tiap – tiap kontributor penyebab biaya dan memperhitungkan biaya tidak langsung yang diperlukan untuk mendukung perawatan pasien (Martin et al., 2018). *Traditional ABC* dipandang sebagai metode yang tepat untuk menetapkan biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Namun rumah sakit merupakan industri yang beroperasi pada skala besar sehingga *Traditional ABC* sulit untuk diterapkan (Subagyo, 2008). *Time-Driven Activity Based Costing* atau TDABC adalah pendekatan akuntansi manajerial yang diperkenalkan pada 2004 oleh Kaplan dan Anderson. Pada tahun 2011 pada Pusat Kepala dan Leher di MD Anderson Cancer Center di Houston melakukan penghitungan biaya dengan TDABC mampu mengurangi biaya untuk staf teknis sebesar 12% dan

mengurangi biaya untuk staf profesional sebesar 67%. Penghitungan biaya dengan model TDABC lebih unggul untuk sistem yang kompleks karena memungkinkan perubahan penghitungan yang lebih mudah baik dari waktu atau nilai sumber daya yang digunakan dengan hasil yang dapat dipertanggung jawabkan. Analisa biaya dengan TDABC adalah model penghitungan biaya yang sederhana dan lebih akurat dibandingkan analisa biaya dengan *Traditional ABC* (Kaplan and Porter, 2011). Selain itu perhimpunan obstetri dan ginekologi Indonesia serta perhimpunan rumah sakit seluruh Indonesia menilai *Time Driven Activity Based Costing* (TDABC) untuk sistem pengelompokan tarif lebih sesuai realitas terutama di Rumah Sakit swasta (KOMPAS, 2016).

Oleh karena itu analisis biaya berdasarkan model TDABC pada operasi *sectio caesarea* elektif kelas III di RSKIA Ummi Khasanah diperlukan untuk mengetahui biaya yang lebih akurat. Selain itu biaya tersebut dapat menjadi pembanding tarif rumah sakit yang berlaku serta klaim rumah sakit berdasarkan INA-CBG sehingga dapat dilakukan langkah-langkah strategis untuk pengambilan keputusan manajemen yang lebih baik.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka peneliti merumuskan permasalahan sebagai berikut :

Bagaimana Analisa biaya operasi *sectio caesarea* elektif kelas III di RSKIA Ummi Khasanah menggunakan *Time Driven Activity Based Costing* ?

Bagaimana evaluasi tarif INA-CBGs dan tarif Rumah Sakit terhadap biaya Operasi *Sectio caesarea* elektif di RSKIA Ummi Khasanah menggunakan metode *Time driven Activity Based Costing* ?

C. Tujuan Penelitian

Berdasarkan Rumusan Masalah yang diuraikan di atas maka tujuan penelitian ini dibagi menjadi tujuan umum dan tujuan khusus antara lain :

1. Tujuan Umum

Untuk mengevaluasi penghitungan unit cost dengan metode *Time Driven Activity Based Costing* pada pelayanan Operasi *Sectio caesarea* elektif di RSKIA Ummi Khasanah

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui bagaimana penerapan model tujuh langkah TDABC dalam menghitung unit cost pelayanan operasi *sectio caesarea* elektif secara mendetail.
- b. Untuk mengetahui selisih perhitungan *unit cost* Operasi *Sectio caesarea* elektif berdasarkan *Time Driven Activity Based Costing* dengan tarif operasi *sectio caesarea* yang berlaku di rumah sakit dan tarif INA-CBG's yang diperoleh RSKIA Ummi Khasanah.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat praktis

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan gambaran analisis perhitungan *unit cost* operasi pembedahan *caesar* dengan metode *Time Driven Activity Based Costing* terhadap kesesuaian tarif rumah sakit. Sehingga rumah sakit mampu menciptakan efisiensi dan efektivitas dalam pelayanan kesehatan khususnya tindakan operasi *sectio caesarea*. Selain itu, penelitian ini diharapkan dapat membantu manajemen RSKIA Ummi Khasanah dalam mengidentifikasi peluang untuk melakukan perbaikan proses, pengurangan biaya, dan efisiensi sumber daya yang digunakan.

2. Manfaat Kebijakan

Penelitian ini diharapkan dapat membantu manajemen RSKIA Ummi Khasanah dalam proses pengambilan keputusan. Dalam program jaminan kesehatan nasional, penelitian ini dapat sebagai bahan evaluasi tarif operasi pembedaha *caesar* INA-CBG's.

