

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Peningkatan kebutuhan masyarakat akan pelayanan di bidang kesehatan menuntut rumah sakit untuk selalu meningkatkan kemampuan sumber daya manusianya sehingga dapat memberikan pelayanan yang bermutu dan profesional. Tuntutan tersebut merupakan tujuan sekaligus motivasi untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Di sisi lain, ketersediaan sumber daya dan subsidi pemerintah yang ditujukan untuk membiayai pelayanan kesehatan masyarakat semakin terbatas (Sugiyarti, 2013).

Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (2012) melalui situs resminya menyatakan bahwa biaya kesehatan yang cenderung meningkat menyulitkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya. Keadaan ini terutama terjadi pada keadaan dimana pembiayaan kesehatan harus ditanggung sendiri (*out of pocket*) dalam sistem pembayaran pelayanan kesehatan tunai (*fee for service*). Kenaikan biaya kesehatan ini diakibatkan oleh penerapan teknologi canggih, karakter "*supply induced demand*" dalam pelayanan kesehatan, pola pembayaran tunai langsung ke pemberi pelayanan kesehatan, pola penyakit kronik dan degeneratif, serta inflasi.

Pada tanggal 1 Januari 2014 pemerintah mulai menerapkan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mulai merubah sistem pembayaran kesehatan yang awalnya *fee for service* menjadi sistem prospektif yang dikenal *casemix (case based payment)* sistem *Indonesia Case Based Group's (INA-CBG's)* di bawah Badan Penyelenggara Jaminana Sosial (BPJS). Sistem yang dipakai oleh pemerintah untuk pembayaran klaim ke rumah sakit yaitu melalui sistem INA-CBG's. INA-CBG's (*Indonesian Case Based Groups*) merupakan *software* untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan karena berhubungan dengan mutu, pemerataan, jangkauan dalam sistem kesehatan serta mekanisme pembayaran untuk pasien berbasis kasus campuran. *Case Base Groups (CBG's)* pada prinsipnya sama dengan *Diagnosis Related Group's (DRG's)* adalah suatu sistem pemberian imbalan jasa pelayanan kesehatan pada penyedia pelayanan kesehatan yang ditetapkan berdasarkan pengelompokan diagnosis penyakit sebagai upaya pengendalian biaya tanpa mengesampingkan pelayanan kesehatan yang bermutu, sehingga pelayanan kesehatan yang diberikan bersifat efektif dan efisien (Sari, 2014).

Perubahan sistem yang berlaku tersebut membuat bagian manajemen Rumah Sakit melakukan analisis terhadap biaya yang dikeluarkan dalam perawatan pasien, dan melakukan upaya untuk

mengurangi biaya yang dikeluarkan secara efektif dengan menggunakan pedoman *clinical pathway* dalam melakukan perawatan kepada pasien. Tujuan dari penggunaan *Clinical Pathway* adalah untuk mengurangi variasi dalam pelayanan, *cost* lebih mudah diprediksi, pelayanan lebih terstandarisasi, meningkatkan kualitas pelayanan.

Cedera kepala adalah suatu trauma mekanik pada kepala baik secara langsung atau tidak langsung yang menyebabkan gangguan fungsi neurologis yaitu gangguan fisik, kognitif, fungsi psikososial, baik temporer maupun permanen (PERDOSSI, 2007). Cedera otak traumatis dapat diklasifikasikan sebagai ringan jika kehilangan kesadaran dan atau kebingungan dan disorientasi lebih pendek dari 30 menit. Sementara *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) dan *Computerized Tomography Scanner* (CT scan) seringkali normal, individu memiliki masalah kognitif seperti sakit kepala, berpikir kesulitan, masalah memori, defisit perhatian, perubahan suasana hati dan frustrasi.

Kejadian cedera kepala di Amerika Serikat (*Advance Life Trauma Support* (ATLS), 2004) setiap tahunnya mencapai 500.000 kasus dimana 10% meninggal, 80% Cedera Kepala Ringan (CKR), 10% Cedera Kepala Sedang (CKS), dan 10% Cedera Kepala Berat (CKB). Penelitian Defense Centers of Excellence (2012) menunjukkan lebih dari 244.000 orang

mengalami trauma kepala, 77% diantaranya mengalami trauma kepala ringan.

Salah satu rumah sakit di Jakarta, Rumah Sakit Mangunkusumo memiliki data tingkat kejadian CKR sebesar 60%-70% pasien, 15%-20% CKS, dan 10% CKB. Angka kematian tertinggi 35%-50% akibat CKB dan 5%-10% CKS (PERDOSSI, 2007). Selain itu Indonesia juga menempati peringkat pertama kejadian cedera kepala akibat kecelakaan lalu lintas sebesar 33,2%. Menurut data dari Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2007 sebanyak 18,9% korban kecelakaan lalu lintas mengalami cedera kepala (Riyadina, 2009).

Cedera *intracranial* (kecelakaan) menempati urutan kedua penyebab kematian yang menunjukkan peningkatan dalam tiga tahun terakhir. Berdasarkan data Kepolisian menunjukkan kasus kecelakaan di DIY meningkat tiga kali lipat dan setiap tahun sedikitnya 130 meninggal (12%) yang 88% diakibatkan oleh cedera kepala. Data Polda DIY menunjukkan tahun 2012 terjadi kecelakaan lalu lintas sebanyak 1.548 kejadian di Kabupaten Sleman, 1.420 kejadian di Bantul, 678 kejadian di Yogyakarta, 453 kejadian di Gunung Kidul dan 323 kejadian di Kulon Progo (Dinkes DIY, 2013).

Salah satu rumah sakit yang ada di Kabupaten Bantul adalah RSUD Panembahan Senopati Bantul. RSUD Panembahan Senopati Bantul

merupakan Rumah Sakit Umum Daerah Bantul yang berdiri sejak tahun 1953 sebagai RS Hongeroedem (HO) yang pada tanggal 15 Maret 2003 berubah nama menjadi RSUD Panembahan Senopati. Sesuai SK Menkes No.142/Menkes/SK/I/2007 tentang peningkatan Kelas RSUD Panembahan Senopati Bantul dari tipe C menjadi tipe B Pendidikan diresmikan pada tanggal 31 Januari 2007. Jumlah pasien cedera kepala ringan yang menjalani rawat inap di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada tahun 2016 ditemukan sebanyak 119 kasus.

Berdasarkan wawancara dengan bagian *clinical pathway* di RSUD Panembahan Senopati Bantul, di Rumah sakit ini belum pernah dilakukan evaluasi perhitungan biaya berdasarkan *clinical pathway* untuk penyakit cedera kepala ringan, hanya saja untuk kasus appendicitis pernah dilakukan evaluasi berdasarkan *clinical pathway* dan dibandingkan dengan tariff INA-CBG"s didapatkan selisih positif, yaitu biaya yang dikeluarkan Rumah sakit lebih kecil dibandingkan dengan klaim tarif INA-CBG"s. Salah satu perhitungan biaya yang ada di rumah sakit, yaitu dengan menggunakan analisis *unit cost* (biaya satuan).

Perhitungan biaya satuan (*unit cost*) bertujuan untuk mendapatkan informasi mengenai perencanaan anggaran, pengendalian biaya, penetapan harga, penetapan subsidi serta membantu pengambilan keputusan. Proses perhitungan tersebut memiliki tujuan agar efisiensi dan

kinerja setiap instalasi, poli maupun komponen dalam proses pelayanan di institusi penyedia pelayanan kesehatan dapat di monitor dengan baik. Hal tersebut dilakukan agar keseimbangan antara pendapatan dengan biaya produksi rumah sakit dapat direncanakan dengan sebaik mungkin sehingga kegiatan pelayanan kesehatan kepada pasien dapat dilakukan secara optimal, tepat guna dan terjangkau bagi masyarakat (Sugiyarti, 2013).

Terdapat beberapa metode yang digunakan untuk menghitung *unit cost*, diantaranya adalah *simple distribution*, *step down method*, *double distribution method*, *multiple distribution method*, *real cost method* dan *activity based cost system (abc system)*. Pada metode *real cost*, analisis pembagian biaya yang digunakan ialah biaya langsung dan biaya tidak langsung. Pembagian biaya yang akurat digunakan adalah biaya menurut sasaran yang dibiayai.

Metode perhitungan tarif yang banyak digunakan adalah *Activity Based Costing (ABC)*. Menurut Mowen dan Hansen (2009) Sistem penghitungan tarif berdasarkan aktivitas ABC (*Activity-Based Costing*) yang pertama adalah, menelusuri biaya aktivitas kemudian produk. ABC (*Activity Based Costing*) adalah pembiayaan berdasarkan aktivitas produksi atau pelayanan jasa. *Activity Based Costing* merupakan sistem informasi yang mengidentifikasi aktivitas-aktivitas yang dilakukan

dalam proses produksi dan menelusuri biaya-biaya pada aktivitas tersebut.

Banyak pasien yang memanfaatkan jaminan kesehatan BPJS untuk mendapatkan pengobatan rawat inap untuk kasus penyakit cedera kepala ringan. Dengan adanya tarif yang telah ditetapkan oleh pemerintah maka rumah sakit perlu melakukan penyesuaian dengan tarif tersebut. Untuk itu perlu dilakukan analisis biaya terhadap pelayanan pasien rawat inap pasien cedera kepala ringan sehingga rumah sakit tidak mendapatkan kerugian. Berdasarkan latar belakang tersebut maka peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul: “Analisis Biaya Satuan Pada Pasien Rawat Inap Cedera kepala Ringan Dengan Metode *Activity Based Costing* Di RSUD Panembahan Senopati Bantul”.

## **B. Rumusan masalah**

Atas dasar latar belakang yang telah dijelaskan sebelumnya, maka rumusan masalah yang diajukan dalam penelitian ini adalah :

1. Berapa unit cost pasien CKR yang dihitung dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* (ABC) di RS Panembahan Senopati Bantul ?
2. Apakah terdapat selisih / perbedaan antara unit cost pasien CKR dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* (ABC) dengan *real cost* pada pasien CKR di RS Panembahan Senopati Bantul ?

3. Apakah terdapat selisih / perbedaan antara unit cost pasien CKR dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* dengan tariff INA CBG'S pada pasien CKR di RS Panembahan Senopati Bantul ?

### **C. Tujuan Penelitian**

#### 1. Tujuan Umum

Untuk menganalisis biaya satuan pada pasien rawat inap cedera kepala ringan dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* (ABC) di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui *unit cost* pasien rawat inap cedera kepala ringan dengan metode *Activity Based Costing* di RSUD Panembahan Senopati Bantul.
- b. Untuk mengetahui selisih perhitungan *unit cost* pasien rawat inap cedera kepala ringan dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* (ABC) dan *real cost* di RSUD Panembahan Senopati Bantul.
- c. Untuk mengetahui selisih antara *unit cost* pasien rawat inap cedera kepala ringan dengan metode *activity based costing* dengan tarif paket INA-CBG's di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

#### **D. Ruang Lingkup Penelitian**

Ruang lingkup penelitian ini adalah studi kasus untuk menganalisis biaya satuan pada pasien rawat inap cedera kepala ringan. Jumlah pasien cedera kepala ringan yang menjalani rawat inap di RSUD Panembahan Senopati Bantul pada tahun 2016 ditemukan sebanyak 74 kasus. Berdasarkan wawancara dengan bagian *clinical pathway* di RSUD Panembahan Senopati Bantul, di Rumah sakit ini belum pernah dilakukan evaluasi perhitungan biaya berdasarkan *clinical pathway* untuk penyakit cedera kepala ringan. Penelitian ini dilakukan sejak pasien cedera kepala ringan mulai masuk rumah sakit hingga pasien pulang. Setelah di dapatkan *unit cost* pasien rawat inap cedera kepala ringan kemudian dibandingkan dengan *real cost* dan tarif INA CBG's yang diterapkan di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

#### **E. Manfaat Penelitian**

##### **1. Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini dapat memberikan kontribusi pada ilmu pengetahuan manajemen rumah sakit khususnya dalam hal menentukan *unit cost* cedera kepala ringan berbasiskan metode *Activity Based Costing* (ABC).

## 2. Manfaat Praktis

- a. Memberikan masukan bagi rumah sakit terkait perhitungan *unit cost* berbasiskan metode ABC.
- b. Memberikan masukan bagi rumah sakit terkait selisih perhitungan biaya dengan metode *Activity Based Costing* (ABC) dan *real cost*.
- c. Memberikan masukan bagi rumah sakit terkait perbedaan *unit cost* metode *Activity Based Costing* (ABC) dengan Tarif INA-CBG's.
- d. Memberikan masukan bagi rumah sakit terkait dalam penentuan kebijakan biaya di rumah sakit dan dapat dijadikan sebagai bahan kajian dalam melakukan evaluasi tarif yang sudah ada.