

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Telaah Pustaka**

##### **Rumah Sakit**

Dalam UU No 44 tahun 2009 tentang rumah sakit bahwa rumah sakit merupakan institusi yang melakukan pelayanan kesehatan dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugasnya, rumah sakit mempunyai beberapa fungsi, yaitu :

- a. Penyelenggara pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan

- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan (UU No.44 Tahun 2009).

Milton Roemer dan Frieman pada buku *Doctors in Hospital* (1971) dalam Aditama (2004) menyatakan bahwa rumah sakit setidaknya mempunyai lima fungsi, yaitu :

- a. Harus ada pelayanan rawat inap dengan fasilitas diagnostik dan terapeutiknya. Berbagai jenis spesialisasi baik bedah maupun non bedah, harus tersedia. Pelayanan rawat inap terdapat juga pelayanan keperawatan, gizi, farmasi, laboratorium, radiologi dan berbagai pelayanan diagnostik serta terapeutik lainnya.
- b. Rumah sakit harus memiliki pelayanan rawat jalan.
- c. Rumah sakit mempunyai tugas untuk melakukan pendidikan dan pelatihan.
- d. Rumah sakit perlu melakukan berbagai macam penelitian di bidang kedokteran dan kesehatan, karena keberadaan pasien di rumah sakit merupakan modal dasar untuk penelitian.

- e. Rumah sakit juga mempunyai tanggung jawab untuk program pencegahan penyakit dan penyuluhan kesehatan bagi populasi di sekitarnya.

Sebagai organisasi penyedia jasa, keberlangsungan usaha rumah sakit sangat ditentukan oleh kepuasan pasien. Oleh karena itu, untuk melaksanakan fungsinya dengan optimal maka rumah sakit harus memperhatikan faktor kunci dalam pelayanan terhadap pasien, yaitu (Aditama, 2004) :

- a. Pelayanan yang cepat, ramah disertai jaminan tersedianya obat dengan kualitas baik.
- b. Harga yang kompetitif.
- c. Adanya kerja sama antara pegawai rumah sakit baik tenaga medis maupun non medis, seperti dokter dan perawat.
- d. Faktor-faktor seperti lokasi apotek, kenyamanan dan keragaman komoditi.

#### Pelayanan Rawat Inap

Rawat inap merupakan suatu bentuk dilakukannya perawatan, dimana pasien dirawat dan ditinggal di rumah sakit untuk jangka waktu tertentu. Selama pasien dirawat, rumah sakit harus memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien (Posman, 2001 cit. Anggraini, 2008).

Menurut Sabarguna (2004), terdapat tiga proses penting yang dilakukan oleh petugas di ruang perawatan yaitu proses yang berhubungan dengan perawatan, proses yang berhubungan dengan alat dan proses yang berhubungan dengan lingkungan.

Menurut Revans (1986) bahwa pasien yang masuk pada pelayanan rawat inap akan mengalami tingkat proses transformasi, yaitu :

- a. Tahap admission, yaitu pasien dengan penuh kesabaran dan keyakinan dirawat tinggal di rumah sakit.
- b. Tahap Diagnosis, yaitu pasien diperiksa dan ditegakan diagnosis.
- c. Tahap Treatment, yaitu berdasarkan diagnosis pasien dimasukkan dalam program perawatan dan terapi.
- d. Tahap Inspection, yaitu secara continue diobservasi dan dibandingkan pengaruh serta respon pasien atas pengobatan.
- e. Tahap Kontrol, yaitu setelah dianalisa kondisinya, pasien dipulangkan. Pengobatan diubah atau diteruskan, namun dapat juga kembali ke proses untuk didiagnosa ulang.

## **Biaya**

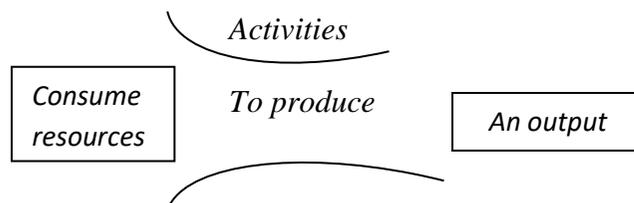
Untuk menghasilkan suatu produk (*output*) tertentu diperlukan sejumlah input. Biaya adalah nilai dari sejumlah input (faktor produksi) yang digunakan untuk menghasilkan suatu produk (*output*).

*Output* atau produk bisa berupa jasa pelayanan atau bisa juga berupa barang. Di sektor kesehatan misalnya rumah sakit dan puskesmas, produk yang dihasilkan berupa jasa pelayanan kesehatan. Untuk menghasilkan pelayanan pengobatan di rumah sakit, diperlukan sejumlah input (faktor produksi) yang antara lain berupa obat, alat kedokteran, tenaga dokter, perawat, gedung dan sebagainya. Dengan demikian biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit dapat dihitung dari nilai (jumlah unit X harga) obat, alat kedokteran, tenaga dokter, perawat, listrik, gedung dan sebagainya yang digunakan untuk menghasilkan pelayanan kesehatan (Gani, 1993).

### a. Konsep *Activity Based Costing* di Rumah sakit

Menurut Baker (1998), *activity-based costing* (ABC) memiliki dua elemen mayor, yaitu : *cost measures* dan *performance measures*. ABC adalah metodologi yang mengukur biaya dan kinerja dari aktivitas, sumber daya, dan *cost objects*.

Sumber daya yang diberikan untuk aktivitas, dimana aktivitas diberikan untuk *cost object* berdasarkan penggunaannya. ABC mengakui hubungan *cost driver* terhadap aktivitas. Konsep dasar ABC adalah aktivitas mengkonsumsi sumberdaya untuk memproduksi *output*.



**Gambar 1. Theory of Resources Consumption**

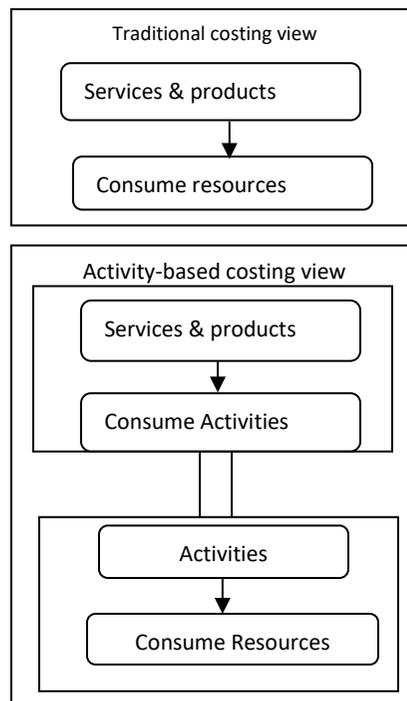
Sumber : Baker, 1998

ABC memiliki pendekatan berbeda dari pendekatan tradisional karena berdasar pada konsentrasi aktivitas. Pendekatan ABC menggunakan variabel financial dan nonfinancial yang merupakan dasar dari alokasi biaya.

Adanya kebutuhan ABC di pelayanan kesehatan karena kompetisi di pelayanan kesehatan merupakan penggerak produktivitas dan efisiensi. ABC bisa menyampaikan informasi untuk memaksimalkan sumberdaya dan untuk menghubungkan biaya untuk kinerja dan pengukuran *outcome*. Pengambilan keputusan manajemen dapat menggunakan informasi ABC untuk

membuat efisiensi biaya tanpa disertai dampak negatif dari kualitas pelayanan.

Pandangan tradisional tentang akuntansi biaya adalah jasa atau produk mengkonsumsi sumberdaya. Pandangan ABC tentang akuntansi biaya adalah jasa atau produk mengkonsumsi aktivitas, lalu aktivitas mengkonsumsi sumberdaya.



**Gambar 2. Two Views of costing: Traditional vs ABC.**

Sumber: Baker, 1998

Metode penghitungan tradisional memiliki tiga jenis dalam perhitungan, yaitu:

- 1) Material dan persediaan, yaitu biaya langsung
- 2) Tenaga kerja langsung, yaitu biaya langsung
- 3) Semua *overhead*

**Tabel 1. Cost Assignment Basis for Each Line Item**

|  |   |
|--|---|
| <p><b>A. Activity Based Costing Method</b></p> <p><i>Direct cost:</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Material and supplies</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Direct labor</i></p> <p><i>Department Overhead:</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Clerical support</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Setup</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Tool and Equipment</i></p> <p><i>Allocated Overhead:</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Maintenance</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Supply processing and distribution</i></p> | <p><i>Basis</i></p> <p><i>Actual per test</i></p> <p><i>Actual per test</i></p> <p><i>Equally per test</i></p> <p><i>Set up direct labor hours</i></p> <p><i>Machine Hours</i></p> <p><i>Machine Hours</i></p> <p><i>Material dollars</i></p> |
| <p><b>B. Traditional Costing</b></p> <p><i>Direct cost:</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Material and supplies</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Direct labor</i></p> <p><i>Department Overhead:</i></p> <p><i>All overhead</i></p>   | <p><i>Basis</i></p> <p><i>Actual per test</i></p> <p><i>Actual per test</i></p> <p><i>Direct labor hours</i></p>  |

Sumber: Baker, 1998

Langkah langkah yang digunakan dalam perhitungan ABC menurut Baker, 1998 yaitu :

*1. Activity analysis*

Baker menggunakan 4 tahapan dalam menganalisa aktivitas:

- a) Menentukan aktivitas
- b) Menklasifikasikan aktivitas
- c) Membuat peta aktivitas

d) Melengkapi analisis

## 2. *Activity Costing*

Tahapan yang digunakan adalah

a) Menentukan *Cost Object*.

Dapat menggunakan sistim CBGs yang sudah terdapat prosedur pelayanan atau *clinical pathway*. Aktivitas aktivitas yang terjadi harus tersusun dalam *activity centers*.

b) Menghubungkan biaya ke aktivitas dengan menggunakan *cost driver*

Biaya langsung mudah diidentifikasi dengan sesuatu yang dibiayai melalui penelusuran langsung (*direct tracing*).

Biaya tidak langsung dibebankan dalam berbagai macam *activity centers* yang menggunakan beragam *cost driver*.

*First cost driver* pada *direct cost* dapat langsung ditelusuri, sedangkan pada *indirect cost* harus menggunakan alokasi yang bermacam macam. *Second stage cost driver* digunakan dalam penghitungan biaya tidak langsung termasuk *overhead*, *second stage cost driver* diukur dari banyaknya aktivitas sumberdaya yang

digunakan oleh *cost object* seperti prosedur yang berbeda-beda pada setiap pasien. Aktivitas aktivitas harus terinci dalam *activity center*.

c) Perhitungan Biaya

- 1) Menentukan activity centers pada unit yang terkait
- 2) Membebankan biaya langsung
- 3) Menentukan besarnya konsumsi biaya overhead pada masing-masing aktivitas dengan menggunakan proporsi waktu
- 4) Menentukan aktivitas-aktivitas yang terdapat pada clinical pathways
- 5) Membebankan biaya overhead kedalam masing-masing aktivitas dalam clinical pathway
- 6) Mengelompokkan biaya overhead masing-masing aktivitas ke dalam activity center
- 7) Menjumlahkan biaya sesuai prosedur yang terdapat dalam clinical pathway ke masing-masing activity center.
- 8) Membandingkan biaya CBG menggunakan perhitungan ABC dengan biaya INA CBGs yang ditetapkan oleh pemerintah.

d) Pembebanan Biaya Overhead pada sistem Activity Based Costing

Biaya produksi tidak langsung (overhead cost) atau biaya overhead produksi (factory overhead cost) adalah biaya dari bahan atau material tidak langsung, tenaga kerja tidak langsung, dan semua biaya produksi yang tidak dapat dibebankan langsung kepada produk (matz & Ursy, 1980). Biaya overhead produksi meliputi seluruh biaya produksi kecuali biaya material langsung dan biaya tenaga kerja langsung. Biaya overload produksi merupakan biaya yang menggunakannya atau yang mengkonsumsinya. Sedangkan, biaya produksi langsung merupakan biaya yang diidentifikasi secara langsung kepada produk yang mengkonsumsinya. Secara garis besar, biaya overhead produksi digolongkan sebagai berikut :

1) Biaya Tenaga Kerja Tidak Langsung (Labour Related)

Biaya tenaga kerja tidak langsung merupakan biaya tenaga kerja yang tidak dapat diidentifikasi secara langsung kepada produk. Misalnya adalah

biaya gaji supervisor, quality control, tenaga kerja administrasi dan pekerja yang bertugas dalam kerja pemeliharaan yang secara tidak langsung berkaitan dengan produksi.

2) Biaya Peralatan (Equipment Related)

Biaya peralatan tidak langsung merupakan biaya alat yang diperlukan dalam proses pembuatan produksi, tetapi bukan biaya bahan baku (bahan langsung). Biaya barang tersebut tergantung dari umur ekonomis barang tersebut, termasuk di dalamnya biaya depresiasi atau penusutan barang atau alat.

3) Biaya Ruangan atau Gedung (Space Relate)

Biaya ruangan atau gedung merupakan biaya pemkaian gedung yang secara tidak langsung digunakan dalam aktivitas pembuatan produksi dan juga meliputi biaya depresiasi atau penyusutan gedung yang sesuai dengan umur ekonomisnya.

4) Biaya Pemeliharaan (Service Related)

Biaya reparasi dan pemeliharaan yaitu biaya yang dikeluarkan untuk aktivitas reparasi dan pemeliharaan mesin/peralatan, serta pemakaian suku cadang.

### 3. *Clinical Pathway*

Clinical Pathway (alur pelayanan medik) merupakan suatu konsep pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis, standar asuhan keperawatan, dan standar pelayanan tenaga kesehatan lainnya, yang berbasis bukti dengan hasil yang dapat diukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit (Rahmanto, 2009).

Selain itu terdapat beberapa definisi clinical pathway, diantaranya : menurut Depkes RI (2006), clinical pathway adalah suatu rencana multidisiplin dan merupakan praktek kolaborasi dengan pendekatan tim yang berfokus kepada pasien, serta mencatat kegiatan hari per hari secara sistematis dengan memasukkan standar outcome.

Menurut Europead Pathway Association (2005), clinical/care pathway adalah suatu metodologi untuk suatu pembuatan keputusan yang saling menguntungkan dan

pengorganisasian pelayanan untuk suatu kelompok pasien dalam jangka waktu tertentu.

Menurut Queensland Government (2012), Clinical Pathway adalah rencana penatalaksanaan pasien yang bersifat multidisiplin, yang berisi detail langkah-langkah penanganan seorang pasien mulai masuk rumah sakit sampai dengan keluar rumah sakit.

Menurut Budiarto,W dan Sugiharto,M (2013), Clinical Pathway merupakan langkah-langkah protokol terapi dan standar pelayanan pasien, dan merupakan pengingat (reminder) dan perangkat evaluasi untuk kemajuan pasien.

Menurut Devrita, A (2011) Tujuan clinical pathway antara lain mengurangi variasi dalam pelayanan, cost lebih mudah diprediksi, pelayanan lebih terstandarisasi, meningkatkan kualitas pelayanan (quality of care), meningkatkan prosedur costing, meningkatkan kualitas dari informasi yang telah dikumpulkan dan sebagai (counter-check) terutama pada kasus (high cost, high volume). Keuntungan membuat clinical pathway dapat mendukung pengenalan evidence based medicine, meningkatkan

komunikasi antar disiplin ilmu teamwork, menyediakan standar yang jelas dan baik untuk kegiatan pelayanan, membantu mengurangi variasi dalam perawatan pasien (melalui standar), meningkatkan proses manajemen sumber daya.

Prioritas untuk pembuatan clinical pathway adalah :

- a. Kasus yang sering ditemui
- b. Kasus yang terbanyak
- c. Biayanya tinggi
- d. Perjalanan penyakit dan hasilnya dapat diperkirakan
- e. Telah tersedia standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional.

### **Tarif INA Case Base Groups**

Tarif menurut fandy tjiptono (2001) menunjukkan kualitas merek dari suatu jasa, dimana konsumen mempunyai anggapan bahwa tarif yang mahal biasanya mempunyai kualitas yang baik. Sedangkan menurut Laksono (2004), tarif adalah nilai suatu jasa pelayanan yang ditetapkan dengan ukuran sejumlah uang berdasarkan perti

Dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan INA-CBG's sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013. Untuk tarif yang berlaku pada 1 Januari 2014, telah dilakukan penyesuaian dari tarif INA-CBG dan telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Tarif INA-CBGs yang digunakan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) per 1 Januari 2014 diberlakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan, dengan beberapa prinsip sebagai berikut :

- a. Pengelompokan Tarif 7 kluster rumah sakit, yaitu :
  - 1) Tarif Rumah Sakit Kelas A
  - 2) Tarif Rumah Sakit Kelas B
  - 3) Tarif Rumah Sakit Kelas B Pendidikan
  - 4) Tarif Rumah Sakit Kelas C
  - 5) Tarif Rumah Sakit Kelas D
  - 6) Tarif Rumah Sakit Khusus Rujukan Nasional

## 7) Tarif Rumah Sakit Umum Rujukan Nasional

Pengelompokan tarif berdasarkan penyesuaian setelah melihat besaran Hospital Base Rate (HBR) sakit yang didapatkan dari perhitungan total biaya pengeluaran rumah sakit. Apabila dalam satu kelompok terdapat lebih dari satu rumah sakit, maka digunakan Mean Base Rate.

### b. Regionalisasi

Regionalisasi, tarif terbagi atas 5 Regional yang didasarkan pada Indeks Harga Konsumen (IHK) dan telah disepakati bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan. Regionalisasi dalam tarif INA-CBGs dimaksudkan untuk mengakomodir perbedaan biaya distribusi obat dan alat kesehatan di Indonesia. Dasar penentuan regionalisasi digunakan Indeks Harga Konsumen (IHK) dari Badan Pusat Statistik (BPS), pembagian regionalisasi dikelompokkan menjadi 5 regional. Kesepakatan mengenai pembagian regional dilaksanakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) dengan hasil regionalisasi tingkat propinsi sebagai berikut:

| Regionalisasi |                |                  |            |              |
|---------------|----------------|------------------|------------|--------------|
| I             | II             | III              | IV         | V            |
| Banten        | Sumatera Barat | NAD              | Kalimantan | Bangka       |
| DKI Jakarta   | Riau           | Sumatera Utara   | Selatan    | Belitung     |
| Jawa Barat    | Sumatera       | Jambi            | Kalimantan | NTT          |
| Jawa Tengah   | Selatan        | Bengkulu         | Tengah     | Kalimantan   |
| DI Yogyakarta | Lampung        | Kepulauan Riau   |            | Timur        |
| Jawa Timur    | Bali           | Kalimantan Barat |            | Kalimantan   |
|               | NTB            | Sulawesi Utara   |            | Utara        |
|               |                | Sulawesi Tengah  |            | Maluku       |
|               |                | Sulawesi         |            | Maluku Utara |
|               |                | Tenggara         |            | Papua        |
|               |                | Gorontalo        |            | Papua Barat  |
|               |                | Sulawesi Barat   |            |              |
|               |                | Sulawesi Selatan |            |              |

**Tabel 2. Daftar regionalisasi tarif INA-CBGs ( Permenkes No 27, 2014)**

c. Special CMG Dalam INA-CBGs

Special CMG atau special group pada tarif INA-CBGs saat ini dibuat agar mengurangi resiko keuangan rumah sakit. Saat ini hanya diberikan untuk beberapa obat, alat, prosedur, pemeriksaan penunjang serta beberapa kasus penyakit subakut dan kronis yang selisih tarif INA-CBGs dengan tarif rumah sakit masih cukup besar. Besaran nilai pada tarif special CMG tidak dimaksudkan untuk mengganti biaya yang keluar dari alat, bahan atau kegiatan yang diberikan kepada pasien, namun merupakan tambahan terhadap tarif dasarnya. Rincian special CMG yang dimaksud adalah sebagai berikut:

- a) Special CMG untuk Drugs, Prosthesis, Prosedur serta Investigasi
- b) Special CMG untuk Subakut dan Kronis dengan penjelasan sebagai berikut:

Special CMG subakut dan kronis diperuntukkan untuk kasus-kasus Psikiatri serta kusta dengan ketentuan lama hari rawat (LOS) dirumah sakit sebagai berikut:

- Fase Akut: 1 sampai dengan 42 Hari
- Fase subakut: 43 sampai dengan 103 Hari

- Fase Kronis: 104 sampai dengan 180 Hari

Penghitungan tarif special CMG subakut dan kronis akan menggunakan rumus sebagai berikut:

- Fase Akut: Tarif Paket INA-CBGs
- Fase Subakut: Tarif Paket INA-CBGs+ Tarif Subakut
- Fase Kronis: Tarif Paket INA-CBGs+ Tarif Subakut + Tarif Kronis

### **Biaya Satuan (Unit Cost)**

Istilah “Perhitungan unit cost” yang dikenal selama ini sebenarnya merupakan salah satu bagian dari teori “Akuntansi biaya”. Akuntansi biaya merupakan proses pencatatan, penggolongan, peringkasan, dan penyajian atas informasi biaya yang dikeluarkan dalam menghasilkan produk atau pemberian jasa dengan cara tertentu serta penafsiran terhadapnya. Proses ini berlaku bagi setiap organisasi yang menerapkan akuntansi biaya. Penentuan unit cost dalam analisis biaya, atau dikenal secara umum dengan harga pokok, diperlukan untuk menentukan tarif yang sesuai dengan biaya yang benar-benar terjadi (*the real costs*), disamping tujuan lainnya seperti mengidentifikasi sistem akuntansi biaya, menilai efisiensi, dan anggaran.

Sistem akuntansi biaya mengukur dan membebankan biaya agar biaya per unit dari suatu produk atau jasa dapat ditentukan. Biaya satuan (unit cost) adalah jumlah biaya yang berkaitan dengan unit yang diproduksi dibagi dengan jumlah unit yang diproduksi (Hansen dan Mowen, 2009).

Pengertian lain dari biaya satuan (unit cost) merupakan biaya yang dikeluarkan untuk menghasilkan satu unit produk atau pelayanan, yang biasanya didasarkan pada rata-rata. Besarnya unit cost tergantung dari besarnya biaya yang dikorbankan untuk menghasilkan sebuah pelayanan yang diterima oleh pasien, karena itu biaya per unit harus dihitung lebih teliti agar bisa digunakan sebagai dasar perbandingan dari berbagai volume kegiatan/pelayanan untuk kepentingan penentuan tarif per unit produk atau pelayanan. Mengenai tinggi rendahnya biaya satuan suatu produk tidak hanya dipengaruhi oleh besarnya biaya modal tetapi juga dipengaruhi oleh banyaknya produk yang dihasilkan (Mulyadi, 2007).

### **Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)**

Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) adalah suatu kondisi yang *irreversible* dimana terjadi penyempitan saluran udara, peningkatan obstruksi aliran udara dan hilangnya rekoil elastis paru. Kondisi tersebut menyebabkan udara terperangkap dan pertukaran

gas terganggu sehingga mengakibatkan sindrom dispnea, batuk, produksi dahak meningkat dan *wheezing*. Pada tahap lebih lanjut PPOK mengakibatkan toleransi aktifitas terganggu, kelelahan, kehilangan nafsu makan, kehilangan berat badan dan terganggunya siklus tidur (Smeltzer & Bare, 2000). Sedangkan Black and Hawks (2008) menyebutkan istilah PPOK juga digunakan sebagai klasifikasi luas dari gangguan pernapasan yang mencakup bronkitis kronis, emfisema paru dan PPOK bronkial.

Berdasarkan hasil SUSENAS (Survey Sosial Ekonomi Nasional) tahun 2001, sebanyak 54,5% penduduk laki-laki dan 1,2% perempuan merupakan perokok. 92% dari perokok menyatakan kebiasaannya merokok di dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lainnya. Dengan demikian sebagian besar anggota rumah tangga merupakan perokok pasif. Jumlah perokok yang berisiko menderita PPOK atau kanker paru berkisar antara 20- 25% setiap tahunnya. Merokok dan risiko PPOK mempunyai hubungan *dose response*, dimana lebih banyak batang rokok yang dihisap setiap hari dan lebih lama kebiasaan merokok maka risiko penyakit yang ditimbulkan akan semakin lebih besar (Depkes RI, 2008).

Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) akan berdampak negatif dengan kualitas hidup penderita, termasuk pasien yang

berumur >40 tahun akan menyebabkan disabilitas penderitanya. Padahal mereka masih dalam kelompok usia produktif namun tidak dapat bekerja maksimal karena sesak napas yang kronik. Komorbiditas PPOK akan menghasilkan penyakit kardiovaskuler, kanker bronchial, infeksi paru-paru, tromboembolik disorder, keberadaan PPOK, hipertensi, osteoporosis, sakit sendi, depresi dan *anxiety* (Agustin dalam Oemiati, 2013).

## **B. Keaslian Penelitian**

1. Destriyanti (2014) yang berjudul Unit Cost Tindakan Sectio Caesarea Tanpa Penyulit Di Instalasi Bedah Sentral Dengan Metode Activity Based Costing (ABC) (Studi Kasus di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta). Penelitian ini menghitung Unit Cost Tindakan Sectio Caesarea Tanpa Penyulit di ruang operasi dan dibandingkan dengan Unit Cost yang diterapkan di PKU. Bedanya adalah penelitian ini menghitung Unit Cost diagnosis PPOK dari pasien masuk ke Rumah Sakit sampai pasien keluar Rumah Sakit. Kemudian Unit Cost yang didapat di bandingkan dengan Real Cost dan tarif yang diganti oleh INA-CBG's untuk diagnosis PPOK pada RS Respira Yogyakarta.

2. Nishi Dewi Ruci, 2011. Analisis Unit Cost Akomodasi ICU dengan metode Activity Based Costing di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Bantul. Bedanya adalah penelitian ini menghitung Unit Cost diagnosis PPOK dari pasien masuk ke Rumah Sakit sampai pasien keluar Rumah Sakit. Kemudian Unit Cost yang didapat di bandingkan dengan Real Cost dan tarif yang diganti oleh INA-CBG's untuk diagnosis PPOK pada RS Respira Yogyakarta.
3. Winny Ardhitiya Garini, 2016. Analisis Biaya Satuan pada Pasien Rawat Inap *Diabetes Melitus* Tipe 2 dengan Metode *Activity Based Costing* Di RS PKU Muhammadiyah Bantul. Bedanya adalah penelitian ini menghitung Unit Cost diagnosis PPOK dari pasien masuk ke Rumah Sakit sampai pasien keluar Rumah Sakit. Kemudian Unit Cost yang didapat di bandingkan dengan Real Cost dan tarif yang diganti oleh INA-CBG's untuk diagnosis PPOK pada RS Respira Yogyakarta.

### **C. Landasan Teori**

Proses pengolahan data dalam ABC system Langkah-langkah yang digunakan menurut Baker, 1998 yaitu:

1. *Activity analysis*

Beker menggunakan 4 tahapan dalam menganalisa aktivitas:

- a. Menentukan aktivitas
- b. Mengklasifikasikan aktivitas
- c. Membuat peta aktivitas
- d. Melengkapi analisis

## 2. *Activity Costing*

Tahapan yang digunakan adalah

- a. Menentukan *Cost Object*.

Dapat menggunakan sistem CBGs yang sudah terdapat prosedur pelayanan atau *clinical pathway*. Aktivitas aktivitas yang terjadi harus tersusun dalam *activitycenters*.

- b. Menghubungkan biaya ke aktivitas dengan menggunakan *cost driver*

Merupakan konsep dari *tracing* dan *allocating* dalam metodologi ABC. *Tracing* yaitu biaya dibebankan kepada aktivitas yang menunjukkan hubungan sebab akibat (*causal relationship*) antara konsumsi sumber daya dengan aktivitas yang bersangkutan. *Allocation* yaitu biaya dibebankan kepada aktivitas melalui basis yang bersifat

sembarang (*arbitrary*). Hal ini menyebabkan pembebanan biaya tidak akurat.

Biaya langsung mudah diidentifikasi dengan sesuatu yang dibiayai melalui penelusuran langsung (*direct tracing*). Biaya tidak langsung dibebankan dalam berbagai macam *activity centers* yang menggunakan beragam *cost driver*. *First Cost Driver* pada *direct cost* dapat langsung ditelusuri, sedangkan pada *indirect cost* harus menggunakan alokasi yang bermacam macam. *Second stage cost driver* digunakan dalam penghitungan biaya tidak langsung termasuk *overhead*, *Second stage cost driver* diukur dari banyaknya aktivitas sumberdaya yang digunakan oleh *cost object* seperti prosedur yang berbeda beda pada setiap pasien. Aktivitas aktivitas harus terinci dalam *activity centers*.

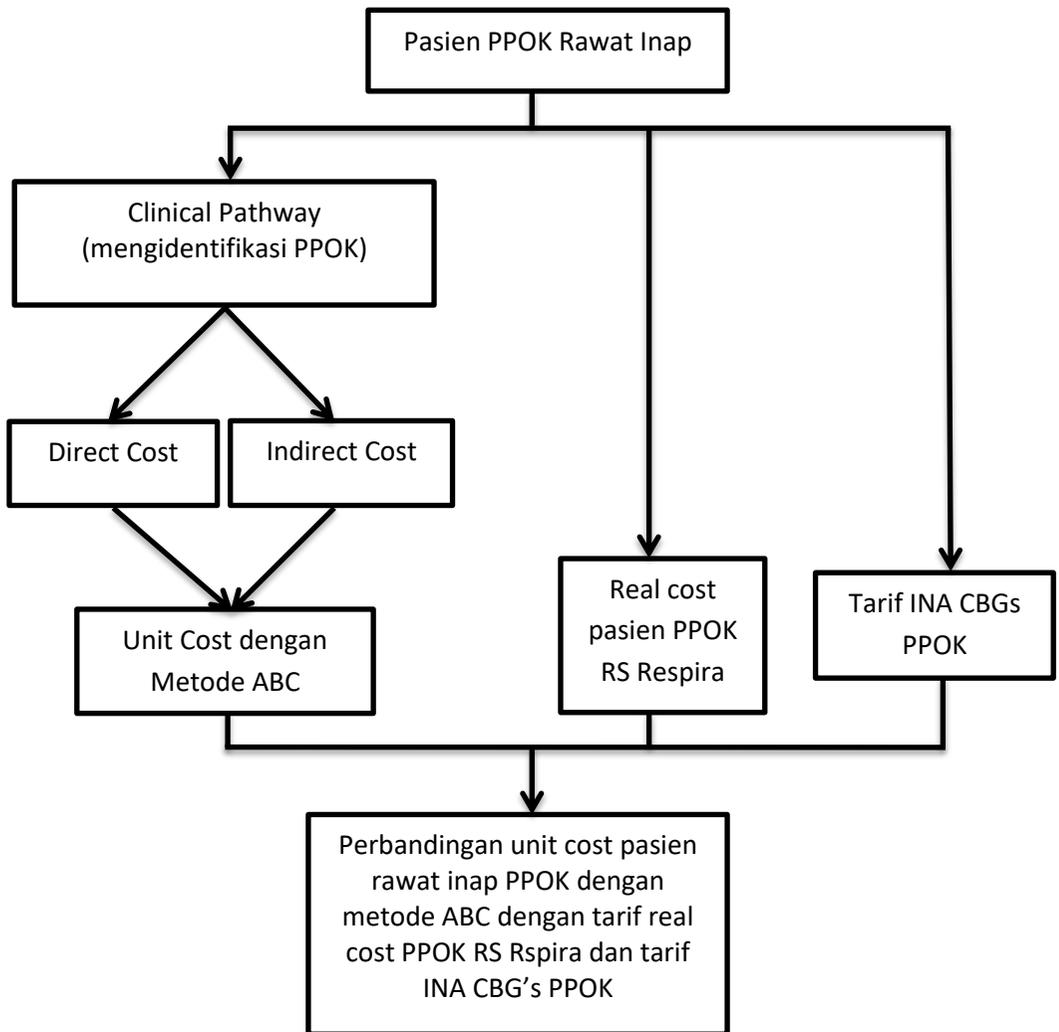
c. Penghitungan Biaya

- 1) Menentukan *activity centers* pada unit yang terkait.
- 2) Membebankan Biaya Langsung.
- 3) Menentukan besarnya konsumsi biaya *overhead* pada masing-masing aktivitas dengan menggunakan proposi waktu

- 4) Menentukan aktivitas aktivitas yg terdapat pada Clinial Pathways
- 5) Membebankan biaya *overhead* kedalam masing masing aktivitas dalam *clinical pathway*.
- 6) Mengelompokan biaya *overhead* masing maisng aktivitas kedalam *activity center*.
- 7) Menjumlahkan biaya sesuai prosedur yang terdapat dalam *clinical pathway* ke masing masing *activity center*.
- 8) Membandingkan biaya CBG menggunakan penghitungan ABC dengan Biaya INA CBGs yang ditetapkan oleh pemerintah

Untuk mengetahui kesesuaian antara biaya satuan pada layanan rawat inap diagnosis PPOK dengan tarif yang ditetapkan INA-CBG's sesuai *CP* maka pada penelitian ini peneliti ingin mengetahui aktivitas layanan rawat inap diagnosis PPOK untuk mengetahui komponen biaya-biaya pada layanan PPOK. Setelah itu peneliti dapat melakukan analisis biaya dengan metode *activity based costing* sehingga diketahui biaya satuan untuk layanan rawat inap diagnosis PPOK. Dan setelah itu dapat dilakukan perbandingan dengan tarif INA CBGs yang telah ditetapkan

## **D. Kerangka Konsep**



**Gambar 3. Kerangka Konsep Analisis Direct Cost dalam Perhitungan Unit Cost Dengan Metode ABC**

## **E. Pertanyaan Penelitian**

1. Berapa *unit cost* pelayanan pasien rawat inap PPOK dengan menggunakan metode *activity based costing* di RS Respira Yogyakarta?
2. Bagaimana perbandingan antara *unit cost* pelayanan pasien rawat inap PPOK dengan metode *activity based costing* dengan tarif yang diterapkan di RS Respira Yogyakarta?
3. Bagaimana perbandingan antara *unit cost* pelayanan pasien rawat inap PPOK dengan metode *activity based costing* dengan tarif INA-CBG's?