

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Pemerintah Indonesia terus menerus berupaya meningkatkan kualitas dan jangkauan pelayanan kesehatan guna meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) dan kesejahteraan rakyat. Baik berupa kualitas pelayanan tingkat dasar maupun lanjutan. Sejak tahun 2014 adalah Era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Rumah sakit di Indonesia baik negeri maupun swasta sebagian besar bekerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan.

Program Jaminan Kesehatan Nasional agar akses pelayanan kesehatan mudah dan berkualitas maka akan memberlakukan UHC (*Universal Health Care*). Dengan UHC sistem pembiayaan asuransi harus meninggalkan sistem *fee for service* agar efisien. Pilihannya adalah menggunakan asuransi atau potongan pajak. Saat ini Indonesia telah memutuskan untuk menggunakan sistem asuransi dalam mengimplementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Menurut Miller dalam Kemenkes (2014) tujuan dari pembiayaan asuransi kesehatan adalah mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi tidak memberikan *reward* terhadap *provider* yang melakukan *over treatment*, *under treatment* maupun melakukan *adverse event* dan mendorong pelayanan tim. Dengan sistem pembiayaan yang tepat diharapkan tujuan diatas bisa tercapai.

Masyarakat secara terus menerus menuntut peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit. BPJS Kesehatan dengan sistem asuransi kesehatan memberikan persyaratan yang ketat dalam melakukan kerjasama dengan pemberi pelayanan kesehatan. Termasuk dalam pembayaran pelayanan kesehatan bagi peserta asuransi BPJS Kesehatan yang diberikan pemberi pelayanan kesehatan (*provider*). Dengan berbagai kelebihan yang diberikan peserta dan informasi yang makin terbuka di era internet tuntutan penerima pelayanan kesehatan cenderung makin meningkat.

Saat ini Kementerian Kesehatan dengan program JKN merubah pola pembayaran rumah sakit dari *fee for service* menjadi klaim paket pelayanan yang bersifat prospektif. Dengan cara pembayaran ini menuntut rumah sakit untuk melakukan efisiensi agar paket pelayanan yang dibayar BPJS menguntungkan rumah sakit. Sehingga perlu menghitung kembali unit costnya dengan tetap memperhatikan mutu pelayanan. Hal ini dilakukan agar rumah sakit dapat bertahan dan beroperasi dengan baik. Sistem pembayaran prospektif dianggap lebih efisien karena memiliki banyak kelebihan dan kekurangan yang sedikit. Kelebihannya adalah pelayanan adil sesuai kompleksitas pelayanan, proses klaim cepat, kualitas pelayanan baik, dapat memilih *provider* dengan pelayanan terbaik, terdapat pembagian resiko keuangan dengan *provider*, biaya administrasi rendah dan mendorong peningkatan sistem informasi (Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, 2014)

Rumah sakit menurut Undang Undang Nomor 44 tahun 2009 pada pasal 36 bahwa rumah sakit harus menyelenggarakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik (*good corporat government dan good clinical government*). Selain menyelenggarakan manajemen umum rumah sakit yang baik juga menjalankan manajemen klinik yang baik pula. Manajemen keuangan dan akutansi adalah bagian dari tatakelola organisasi. Pelayanan klinik berupa pemeriksaan, tindakan pengobatan yang baik dan standar adalah bagian dari tata kelola klinik(Undang Undang Nomor 44 tentang Rumah Sakit, 2009).

Pasal 68 dan pasal 69 Undang Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, instansi pemerintah yang tugas pokok dan fungsinya memberi pelayanan kepada masyarakat dapat menerapkan pola pengelolaan keuangan yang fleksibel dengan menonjolkan produktifitas, efisiensi dan efektivitas(Undang-undang Nomor 1 tentang Perbendaharaan Negara, 2004). Demikian pula menurut Peraturan Menteri Dalam Negeri (Permendagri) Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pola Pengelolaan Keuangan (PPK) BLUD (Badan Layanan Umum Daerah) adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya. Karena dalam PPK-BLUD menerapkan praktek bisnis yang sehat maka rumah sakit pemerintah juga di tuntut untuk mengelola keuangan secara sehat(Peraturan Menteri Dalam Negri Nomor 61 tentang Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, 2007).

Kamar Operasi umumnya merupakan unit *profit center*. Ketepatan dalam menentukan pembiayaan dan unit cost akan meningkatkan efisiensi keuangan. Unit Kamar operasi RSUD Labuha dalam 3 bulan terakhir berdasarkan laporan operasi pelayanan terbanyak kasus kebidanan dan kandungan adalah *Sectio Caesarea (SC)* tanpa penyulit. Apabila *unit cost* (biaya satuan) SC telah baik maka *revenue* pada kamar operasi menjadi meningkat.

Rumah Sakit Umum Daerah Labuha memiliki dua pedoman dalam tarif untuk tarif pasien non-BPJS menggunakan Peraturan Daerah nomor 4 tahun 2016 dan tarif peserta BPJS berupa Tarif INA-CBG's (*Indonesian Case Based Groups*). Peraturan daerah tersebut didasarkan pada tarif rumah sakit sekitarnya di tambah elemen tingkat kesulitan akses. Dasar perhitungan rujukan peraturan daerah adalah perhitungan secara tradisional menjumlah pengumpulan biaya langsung dan tidak langsung. Cara perhitungan di atas sering disebut dengan *fullcosting*. Belum ada analisis berapa biaya sesungguhnya dalam pelayanan SC tanpa komplikasi yang lebih modern. Regulasi INA-CBG's yang terakhir adalah menggunakan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 tahun 2016.

Berdasarkan data awal yang didapat rata-rata tarif pelayanan tindakan SC di RSUD Labuha kelas III sebesar Rp 7.424.514,00 -, Kelas II sebesar Rp. 8.340.000,-

kelas I sebesar Rp. 7.660.000,- dan kelas VIP sebesar Rp. 8.440.000,-. Klaim tindakan SC tanpa penyulit pada pasien BPJS di RSUD Labuha (regional V rumah sakit kelas C pemerintah) sebesar Kelas III Rp. 5.210.100,- Kelas II sebesar Rp. 6,144,100,- dan kelas I sebesar Rp. 9.240.000,- (lihat pada tabel .11). Dari data diatas tarif SC RSUD Labuha lebih tinggi dari pada tarif INA CBG's BPJS. Kelas III lebih tinggi 30%, kelas II lebih tinggi 26% dan kelas I lebih tinggi 22%. Tarif di RSUD Labuha menggunakan peraturan daerah yang belum dihitung berdasarkan Case mix/Diagnosis Reated Group(DRG). Dengan demikian dapat terjadi beberapa kemungkinan:

1. Akan terjadi kekurangan pembiayaan pada pelayanan pasien BPJS.
2. Pelayanan peserta BPJS tidak memenuhi standar clinical pathway dengan mengurangi sejumlah pelayanan.
3. Pelayanan Pasien non-BPJS mengalami kelebihan pelayanan (tidak efisien)

Agar terjadi struktur *unit cost* yang sehat seharusnya dilakukan analisa unit cost yang sesungguhnya dengan pelayanan yang standar sebaiknya tarif SC pasien non-BPJS harus lebih rendah dari paket klaim BPJS atau minimal sama.

Tabel. 1.1. Perbandingan tarif rata-rata SC tanpa penyulit dan klaim BPJS di RSUD Labuha Agustus, September dan Oktober 2019)

N o	Kelas Perawatan	Tarif Rata Rata Tagihan SC tanpa Penyulit/A (Rp)	Klaim BPJS pada SC tanpa penyulit /B (Rp)	Selisih (B - A)	Prosentase (B-A)/A
1	Kelas III	7.424.514,00	5.210.100,00	2.214.414,00	30 %
2	Kelas II	8.340.000,00	6.144.100,00	2.195.900,00	26 %
3	Kelas I	9.240.000,00	7.168.100,00	2.017.900,00	22 %
4	VIP	10.320.000,00	-	-	

(diolah dari berbagai sumber)

Pada tabel 1.2. nampak tindakan SC merupakan yang cukup banyak dari jenis operasi yang dilakukan. Jika ini tindakan ini pembiayaannya tidak efisien maka maka mempengaruhi kamar operasi sebagai unit *revenue center* bahkan *profit center*.

Tabel 1.2. Jumlah operasi SC di kamar operasi bulan Agustus, September dan Oktober 2019

No	Bulan	Jumlah semua SC	Jumlah SC Tanpa penyulit	Jumlah Total Operasi
1	Agustus	27	20	79
2	September	18	15	66
3	Oktober	20	17	69
	Jumlah	65 (30%)	52 (24%)	214

(RSUD Labuha, 2019)

Pedoman pelayanan rumah sakit dapat menggunakan pedoman klinik atau *Clinical Pathway* (CP). Dasar dalam melaksanakan prosedur SC tanpa penyulit adalah dengan menggunakan *Clinical Pathway*. Karena tindakan yang dilakukan relatif sama dan jumlahnya cukup banyak. Dengan CP maka semua pelayanan pasien SC dari sejak masuk hingga pulang akan seragam. Hal ini akan membuat pemeriksaan yang dilakukan, prosedur operasi, bahan medis habis pakai, obat-obatan dan lama perawatan menjadi sama. Tarif yang berlaku untuk pasien non-BPJS yang di tetapkan peraturan daerah harus memenuhi tujuan tarif yang ditetapkan. Dan demikian juga *real cost* pada pelayanan SC tanpa penyulit pasien BPJS harus lebih murah dari tarif yang ditetapkan INA CBG's.

Pada penilaian awal *clinical pathway* SC tanpa penyulit di RSUD Labuha tidak memenuhi standar misalnya lama perawatan (*Lenght Of Stay*) dan asuhan kebidanan yang tidak lengkap. Contohnya Ny. X nomor rekam medik 182517 mengalami masa perawatan 5 hari melewati pedoman *clinical pathway* 4 hari dan tidak mendapat asuhan kebidanan yang lengkap.

Pedoman pelayanan dengan *clinical pathway* sesuai untuk diaplikasikan pada perhitungan unit cost dengan metode ABC (*Activity Based Costing*). *Clinical pathway* berupa pedoman pelayanan klinik dari tahap awal sejak masuk hingga keluar rumah sakit. *Activated Based Costing* (ABC) memperbaiki system perhitungan biaya dengan menekankan pada aktifitas sebagai objek biaya dasar. Metode ABC mengkalkulasi biaya setiap aktivitas dan mengalokasikan biaya ke obyek biaya seperti barang dan jasa berdasarkan aktifitas yang dibutuhkan untuk memproduksi produk/pelayanan (Horngreen Et. Al., 2008).

Audit klinik harus di lakukan rumah sakit berdasarkan pasal 49 undang undang Nomor 24 tahun 2004 tentang praktek kedokteran dan pasal 39 Undang Undang Nomor 44 tentang Rumah Sakit. Agar pelayanan rumah sakit menjadi terkendali baik mutu dan biayanya. Penilaian CP untuk tindakan SC melalui audit klinik di RSUD Labuha saat ini masih belum konsisten dilakukan. Dengan demikian hasilnya tidak bisa menggambarkan bagaimana kedisiplinan dalam implementasi *clinical pathway* SC. Audit klinik standarnya dilakukan setiap tiga bulan. Untuk

menilai apakah pelayanan pelayanan memenuhi standar atau tidak (Undang Undang Nomor 24 tentang Praktek Kedokteran, 2004).

B. Identifikasi Masalah

Dari berbagai tulisan di atas beberapa masalah yang teridentifikasi adalah:

1. Rumah sakit sebagai bagian dalam menyukkseskan program JKN harus memiliki tata kekola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik.
2. Adanya tuntutan kualitas pelayanan SC yang baik dengan biaya yang terkendali.
3. Rumah Sakit Umum Daerah Labuha belum memiliki perhitungan *unit cost* SC tanpa penyulit berdasarkan paket pelayanan.
4. Tarif pelayanan SC tanpa penyulit non-BPJS yang ditetapkan dengan peraturan daerah rata-rata jauh lebih tinggi dari tarif klaim INA-CBG's.
5. Pelayanan SC tanpa penyulit memiliki panduan prosedur berupa *clinical pathway* yang belum tentu dilaksanakan dengan baik.
6. Rumah Sakit Umum Daerah Labuha belum memiliki analisis *unit cost* yang berdasarkan *clinical pathway* dengan Metode ABC pada tindakan SC tanpa penyulit.
7. Rumah Sakit Umum Daerah Labuha memerlukan menetapkan tarif SC yang layak baik untuk peserta non-BPJS maupun BPJS berdasarkan analisa *unit cost* berdasarkan *clinical pathway*.

C. Pembatasan Masalah

Dengan adanya identifikasi masalah di atas sangat mungkin tarif SC tanpa penyulit tidak cukup layak sehingga akan berpotensi mengganggu kinerja pelayanan SC. Untuk itu perlu dilakukan analisis *unit cost* baru yang menghasilkan unit cost lebih layak dari tarif klaim INA-CBG's dan dapat pula mengusulkan tarif untuk pasien non-BPJS pada tindakan SC tanpa komplikasi yang lebih layak. Misalnya dengan perhitungan *unit cost* dengan berbagai cara misalnya Metode Activity Based Costing (ABC). Metode ini dianggap lebih cocok dengan perhitungan INA CBG's BPJS.

Selisih diatas dapat disebabkan karena pembuatan *unit cost* yang hanya membandingkan dengan tarif Rumah Sakit Umum Daerah Ternate pada tahun 2016 ditambah dengan nilai kesulitan RSUD Labuha yang letaknya lebih perifer. Sehingga jumlahnya tidak valid dan cenderung nilainya terlalu tinggi atau dapat juga disebabkan lama perawatan yang lebih lama dari standar. Sehingga membutuhkan biaya perawatan lebih banyak (inefisien). Hal ini dapat terjadi karena tidak mengikuti *clinical pathway* yang di tetapkan.

Dalam hal ini penelitian akan menganalisa unit cost pada pelayanan SC tanpa penyulit. Selanjutnya akan menganalisa kedisiplinan implementasi *clinical pathway*-nya karena hal ini dapat memastikan bahwa biaya dan kualitas yang diterima layak. Penelitian akan dilakukan pada pelayanan SC tanpa penyulit pada

tahun 2019. Penelitian akan mengetahui juga bagaimana analisis tarif yang pada pasien non-BPJS dan BPJS. Serta pengaruh tingkat kedisiplinan dalam implementasi CP terhadap tarif.

D. Perumusan Masalah

Dari berbagai tulisan diatas masalah utamanya yang diajukan pada penelitian ini adalah bagaimana analisis *unit cost* pada tindakan SC tanpa penyulit di RSUD Labuha, bagaimana implementasi clinical pathway serta analisis tarifnya? Dengan dirincikan rumusan masalah pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana analisis *unit cost* SC tanpa penyulit di RSUD Labuha?
2. Bagaimana analisis implementasi clinical pathway SC tanpa penyulit di RSUD Labuha?
3. Bagaimana pengaruh tingkat implementasi clinical pathway terhadap tarif?
4. Bagaimana analisis tarif pelayanan SC tanpa komplikasi di RSUD Labuha?
5. Bagaimana perbandingan tarif SC tanpa penyulit yang berlaku di RSUD Labuha dengan pembiayaan pelayanan peserta BPJS ?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menganalisis unit cost, implementasi *clinical pathway* dan tarif SC tanpa penyulit di RSUD Labuha. Sedangkan tujuan khususnya adalah:

1. Menganalisis *unit cost* SC tanpa penyulit di RSUD Labuha berdasarkan CP.
2. Menganalisis implementasi CP pada SC tanpa penyulit di RSUD Labuha
3. Menganalisis tingkat pengaruh CP terhadap tarif SC tanpa penyulit.
4. Menganalisis tarif pelayanan SC tanpa penyulit di RSUD Labuha .
5. Menganalisis perbandingan tarif SC tanpa penyulit yang berlaku di RSUD Labuha dengan dengan biaya pelayanan pasien BPJS .

E. Kegunaan Hasil Penelitian

Kegunaan penelitian secara teoritis penelitian ini adalah:

1. Untuk dapat membuktikan secara teori bahwa perhitungan secara propektif akan menghasilkan unit cost dan tarif yang lebih efisien.
2. Untuk dapat membuktikan secara teori bahwa good clinical government yang diimplementasikan dapat menjamin kendali mutu dan biaya.
3. Untuk membuktikan CP yang diimplementasikan dengan baik maka akan membuat pelayanan lebih berkualitas.
4. Untuk membuktikan bahwa secara teori perhitungan unit cost metode ABC akan menghasilkan tarif yang lebih murah.
5. Melakukan pengujian secara statistic uji beda pembiayaan pasien BPJS dan non BPJS.

Penelitian ini bermanfaat secara praktek antara lain:

1. Mengetahui hasil analisis *unit cost* pada pelayanan SC tanpa penyulit di RSUD Labuha.

2. Mengetahui hasil analisis implementasi clinical pathway pada SC tanpa penyulit di RSUD Labuha .
3. Memberikan hasil analisis tarif pelayanan SC tanpa penyulit di RSUD Labuha.
4. Mengetahui bagaimana pengaruh tingkat implementasi CP terhadap tarif SC tanpa penyulit.