

## **Analisis Activity Based Costing pada Sectio Caesarea Tanpa Penyulit Metode ERACS di RS XY Pati**

### **Analysis of Activity Based Costing in Sectio Caesarea Without Difficulty ERACS Method at XY Pati Hospital**

Tansya Sushan Purnaningrum<sup>✉</sup>, Chriswardani Suryawati<sup>1</sup>, Suhartono<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Magister Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro, Indonesia

#### **ABSTRAK**

**Latar Belakang:** Peningkatan minat masyarakat terhadap operasi *caesar* menyebabkan pelayanan perioperatif juga meningkat. Perawatan luka merupakan cara efektif untuk meningkatkan efektivitas klinis dari operasi *caesar*. Hal ini menjadikan metode *Enhanced Recovery After Caesarian Surgery* (ERASCS) adalah cara efektif untuk dikerjakan.

**Tujuan:** Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbandingan *unit cost* operasi *caesar* konvensional dengan *unit cost* operasi *caesar* ERACS tanpa penyulit dengan metode *activity based costing* di kelas perawatan III Rumah Sakit (RS) XY Pati.

**Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian studi lapangan (*field research*) dengan pendekatan deskriptif kualitatif melalui metode rancangan. Teknik pengumpulan data dilakukan dengan observasi, wawancara dan dokumentasi yang diperoleh dari sumber data primer dan sekunder. Teknik analisis yang digunakan yaitu reduksi data, penyajian data, dan membuat kesimpulan.

**Hasil:** Penghitungan *unit cost* menunjukkan adanya selisih biaya yang dikeluarkan RS untuk menyelenggarakan Operasi *caesar* tanpa komplikasi dan standar tarif INA CBGs. Plafon INA CBGs tidak dapat menutup pengeluaran RS dalam memberikan pelayanan *sectio caesarea* (SC) tanpa komplikasi. Analisis biaya dapat digunakan sebagai evaluasi pos mana yang perlu dilakukan *cost efficiency*, unit produksi mana yang berdaya jual tinggi sehingga perlu dikembangkan sebagai *income generating*, unit produksi mana yang berdaya jual rendah sehingga perlu dievaluasi.

**Kesimpulan:** Analisis biaya diharapkan dapat menjadi *trigger* dalam menentukan arah kebijakan RS karena analisa biaya mampu menyajikan data dengan baik.

**Kata Kunci:** *Activity Based Costing*, Operasi Caesar, ERACS

#### **ABSTRACT**

**Background:** The increase in public interest in caesarean section has led to an increase in perioperative care. Wound care is an effective way to improve the clinical effectiveness of caesarean section. This makes the *Enhanced Recovery After Caesarian Surgery* (ERACS) method an effective way to do it.

**Objective:** The aim of this research is to determine the comparison of the unit cost of a conventional caesarean operation with the unit cost of an *Enhanced Recovery After Caesarian Surgery* (ERACS) caesarean operation without complications using the activity-based costing method in care class III at XY Pati Hospital.

**Methods:** This type of research uses field studies with a qualitative descriptive approach through design methods. The data collection technique uses observation, interviews, and documentation obtained from primary and secondary data sources. Meanwhile, the analysis techniques used are data reduction, data presentation, and drawing conclusions.

**Results:** The unit cost calculation shows that there is a difference between the costs incurred by the hospital to carry out a caesarean section without complications and the standard INA CBG rates. The INA CBG ceiling cannot cover hospital expenses for providing *sectio caesarea* (SC) services without complications. Cost analysis can be used to evaluate which items need to be cost-efficient, which production units have high selling power, so they need to be developed as income generators, and which production units have low selling power, so they need to be evaluated.

**Conclusion** It is hoped that cost analysis can be a trigger in determining the direction of hospital policy because cost analysis is able to present data well.

**Keywords:** *Activity-Based Costing*, Caesarean Section, ERACS

✉ Corresponding author: [tansya\\_sushan@yahoo.com](mailto:tansya_sushan@yahoo.com)

**Diajukan** 15 Maret 2024 **Diperbaiki** 16 Mei 2024 **Diterima** 31 Mei 2024

## PENDAHULUAN

Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan secara paripurna, meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Amanah, 2024). Pelayanan persalinan dan neonatal merupakan standar pelayanan Rumah Sakit (Rohana *et al.*, 2020). Pelayanan persalinan dalam hal ini pelayanan kebidanan dan neonatal adalah pelayanan untuk menjamin proses kehamilan, persalinan, pasca persalinan, penanganan perdarahan pasca keguguran dan adanya masalah kehamilan, persalinan, dan masa nifas (Maselkosssu & Christiani, 2023).

Persalinan secara menyeluruh berdasar rutanya terdiri dua tindakan, yaitu pervaginam serta *Sectio Caesarea* (SC) (Salam *et al.*, 2023). *Sectio Caesarea* (SC) atau Operasi *Caesar* adalah metode persalinan, untuk membantu melahirkan janin melalui sayatan pada dinding perut dan dinding rahim dalam keadaan utuh bila ada indikasi medis (Ratih *et al.*, 2024).

*Sectio Caesarea* (SC) adalah operasi yang sering dilakukan pada perempuan. Operasi *Caesarea* ini mengalami kenaikan di seluruh dunia sejak tahun 1990 (Hanifah & Risdiana, 2022). Dari data persalinan hidup di seluruh dunia, didapatkan 21,1% persalinan dilakukan secara Operasi *Caesarea* (Tika *et al.*, 2022). Persentase ini bervariasi dari 6% di Sub-Sahara Afrika hingga 42,8% di Amerika Latin dan Karibia. Diperkirakan pada 2030 28,5% wanita di seluruh dunia melahirkan dengan operasi *Caesarea*. Di Amerika Serikat saat ini persentase SC sebesar 31%. Peningkatan angka operasi *Caesarea* ini terjadi negara dengan pendapatan tinggi, rendah, dan sedang (Hikmah *et al.*, 2021).

Peningkatan SC terjadi di Indonesia. Data hasil Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) memberitahukan ada peningkatan jumlah SC di Indonesia sejak tahun 1991 hingga 2017 sebanyak 1,2-6,8% (Humaira *et al.*, 2022). Riset Kesehatan Dasar tahun 2018

mencatat jumlah kelahiran operasi *Caesarea* di Indonesia sebanyak 17,6%. Prevalensi terbanyak yaitu di DKI Jakarta mencapai 31,1% dan paling sedikit di Papua sebanyak 6,7% (KemenKes RI, 2018).

Operasi SC menjadi populer, dikalangan ibu hamil memilih *Caesarea* dikarenakan tidak mengalami nyeri atau meminimalisir rasa sakit sehingga banyak yang menginginkan ke dokter untuk melakukan tindakan SC (Supriyatno, Slamet, Daito, 2022). Meningkatnya minat masyarakat terutama pada ibu hamil pada tindakan SC menjadikan pelayanan keperawatan juga ikut meningkat (Kurniadi *et al.*, 2023). Upaya meningkatkan manfaat klinis dari tindakan operasi SC, maka *enhanced recovery care* (metode pemulihan) adalah cara efektif untuk dilakukan. Hal tersebut dapat menimbulkan proses rehabilitasi dan pemulangan pasien lebih cepat (Nurul *et al.*, 2023).

*Enhanced Recovery After Caesarean Surgery* (ERACS) adalah metode cepat penyembuhan setelah operasi *Caesarea* berupa perawatan mulai persiapan preoperatif, intraoperatif, serta perawatan *post operatif* sampai pasien dinyatakan pulang (Rahayu *et al.*, 2023). Konsep ERACS adalah bentuk peningkatan rencana ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*), dimana rencana ERAS awalnya digunakan pada operasi bedah digestif (Pramita *et al.*, 2024).

Konsep ERAS dapat meminimalisir lama rawat pasien di rumah sakit, meminimalisir masalah setelah operatif, dan memberikan kepuasan pada pasien. Karena itu, metode ERAS kemudian ditingkatkan untuk tindakan operasi di bidang lain contohnya di bagian obstetri (Purnaningrum & Surayawati, 2023).

Rumah Sakit XY Pati merupakan rumah sakit umum milik swasta dan salah satu rumah sakit tipe D yang berada di Kabupaten Pati. Rumah sakit umum ini menyediakan pelayanan di bidang

kesehatan dan didukung dengan layanan dokter spesialis khususnya dokter spesialis Obstetri dan Ginekologi (*Obgyn*) sebanyak 3 orang, serta ditunjang dengan fasilitas medis antara lain: Ambulance, Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Farmasi, Ruang Operasi, *Medical Chek Up*, Laboratorium, Radiologi, Ultrasonografi, Elektrokardiogram, Fisioterapi, Rawat Inap, serta Poliklinik Rawat Jalan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan dengan melakukan wawancara kepada salah satu pegawai RS, operasi yang paling banyak dilakukan di RS XY Pati adalah Operasi *Caesarea*. Total Operasi *Caesarea* yang dilakukan sebanyak 189 dari 300 atau 63% tindakan operasi *Caesarea* secara menyeluruh yang dilakukan untuk pasien. Untuk operasi *Caesarea* dengan metode *ERACS* dijalankan sejak November 2021.

Selama satu bulan jumlah operasi *Caesarea* mencapai 60-70% dari jumlah 300 tindakan persalinan, 60% pasien Operasi *Caesarea* merupakan pasien *ERACS*. Operasi *Caesarea* menempati tindakan paling banyak dari tindakan operatif yang ada. Operasi *Caesarea* menempati tindakan paling banyak. Operasi *Caesarea* pada peserta BPJS memperoleh jumlah 80% dari total pasien. Menurut INA CBGs terakhir pelayanan ranap kelas III operasi *Caesarea* ringan berkisar Rp. 4.022.100. SC mempergunakan SDM yang besar meliputi tenaga medis, paramedis, obat serta BHP rumah sakit.

Metode *ERACS* ini dinilai lebih efektif dibandingkan dengan metode konvensional, karena dapat menurunkan biaya perawatan dan pasien *recovery* lebih cepat (Nisrina *et al.*, 2022). Hal ini didukung hasil penelitian Selfie menunjukkan bahwa implementasi operasi *Caesarea* metode *ERACS* lama rawat inap bisa diturunkan dan menghemat biaya perawatan kesehatan (Selfie, MF Arrozi, 2023). Penelitian sejenis juga dilakukan oleh Sidharti *et al.*, (2023) menunjukkan bahwa *ERACS* membantu pemulihan

fungsional akan lebih cepat, komplikasi dapat diminimalisir semaksimal mungkin, serta dapat mengurangi waktu rawat inap.

Berdasarkan Permenkes No. 85 Tahun 2015 tentang Pola Tarif Nasional RS yang berbunyi bahwa tarif Rumah Sakit harus memperhatikan asas gotong royong, adil dengan cara mengutamakan kepentingan masyarakat yang memiliki penghasilan rendah, serta tidak mengutamakan mencari keuntungan. Dicantumkan juga bahwa tarif RS diperhitungkan atas dasar *unit cost* dengan memperhatikan kemampuan ekonomi masyarakat, RS setempat lainnya serta kebijaksanaan subsidi silang (Nurjanah & Hafni, 2023).

Penelitian yang dilakukan Ayuningtyas *et al.*, (2018) menghasilkan temuan bahwa persalinan yang menggunakan biaya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebanyak 74%. Tarif operasi *Caesarea* dalam JKN jauh perbedaannya dengan tarif riil di Rumah Sakit. Hampir semua tarif INA CBGs dari JKN untuk kasus dengan tindakan operasi, khususnya kebidanan dan kandungan memiliki jumlah rata-rata lebih rendah dibandingkan dengan tarif riil rumah sakit.

Hal tersebut membuat manajemen rumah sakit harus melakukan pembiayaan dengan subsidi silang, antara pelayanan yang mendapatkan pembiayaan surplus dengan pelayanan dengan tindakan. Namun dengan kondisi tindakan obstetri dan ginekologi yang semakin meningkat, maka upaya subsidi silang ini belum bisa mengatasi masalah pembiayaan.

Langkah lain untuk menutup biaya operasional rumah sakit selain subsidi silang adalah dengan melakukan kendali mutu serta kendali biaya. Rumah sakit sebagai suatu organisasi diharuskan memiliki ciri padat modal, padat karya, padat teknologi, dan memuaskan pelanggannya (Suaryanti *et al.*, 2022). Untuk mengurangi perbedaan biaya produksi dengan pembiayaan JKN maka

dilakukan langkah pembuatan *Clinical Pathway* (CP) dan Panduan Praktek Klinik (PPK), sehingga pelayanan lebih efisien dengan dapat dikurangnya lama rawat inap dan biaya operasional riil (Dirhan *et al.*, 2022).

*Clinical Pathway* merupakan salah satu instrument pelayanan kepada pasien rawat inap yang terstandarisasi dari pasien masuk sampai pulang yang berfokus di manajemen pengendali mutu dan biaya (Munjari, 2021). Menurut hasil penelitian yang dilakukan Gusti (2017) terdapat pengaruh yang signifikan penerapan *clinical pathway* terhadap mutu layanan serta biaya perawatan pada kelompok sebelum dan sesudah.

*Clinical pathway* (CP) sudah diterapkan di Rumah Sakit XY Pati sebagai pengendalian mutu dan biaya. Berdasarkan observasi awal yang dilakukan penulis, *treatment* yang dilakukan kurang lebih relatif sama antar dokter spesialis *Obgyn* sesuai *Clinical Pathway*.

Perhitungan *unit cost* berguna dalam upaya memperkuat pertahanan rumah sakit di era persaingan bisnis yang ketat. Hal ini dikarenakan perhitungan *unit cost* memiliki peran penting, antara lain digunakan untuk perencanaan anggaran, penetapan tarif, pengendalian biaya, subsidi, dan sebagai informasi dalam menetapkan keputusan. Perhitungan *unit cost* bertujuan agar efisiensi dan kinerja setiap poliklinik, instalasi, serta bagian proses pelayanan instansi kesehatan dapat dimonitor dengan baik (Sumiati *et al.*, 2020).

Perhitungan *unit cost* membutuhkan metode yang akurat sehingga dapat memberikan informasi yang tepat untuk pengambilan keputusan. Metode *Activity Based Costing* (ABC) adalah metode perhitungan berdasarkan aktivitas. Metode ABC mempunyai karakteristik yang spesifik yaitu kemampuan untuk menelaah biaya yang tepat, menyediakan

informasi non keuangan untuk meningkatkan kinerja dan efisiensi kegiatan. Selain itu, metode ini mampu mengurangi penggunaan sumber daya yang tidak efisien (Faqih *et al.*, 2024).

Sampai sekarang, penetapan tarif di RS XY Pati belum memperhitungkan *unit cost*. Hal ini menyebabkan belum dapat diketahui besarnya biaya yang dibutuhkan untuk suatu tindakan. Penghitungan tarif yang diterapkan saat ini masih menggunakan pendekatan konvensional, yakni dengan menentukan biaya secara keseluruhan (*total cost*) yang dikeluarkan dalam suatu pelayanan yang diberikan. Pendekatan seperti ini menyebabkan nilai *unit cost* dari suatu pelayanan di Rumah Sakit XY Pati tidak terhitung dengan baik. Perhitungan *unit cost* dengan pendekatan yang lebih modern dan akurat sangat esensial untuk dilakukan. Dengan demikian mempermudah Direktur rumah sakit untuk melakukan identifikasi biaya yang defisit dan dengan mudah dapat dilakukan tindakan perbaikan secepatnya (Marwan *et al.*, 2024).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan dengan wawancara yang sudah dilaksanakan kepada salah satu pegawai RS, pihak RS tetap mempergunakan sistem survei pasar (sistem akuntansi konvensional). Sistem ini menyebabkan perhitungan biaya menjadi terlalu tinggi atau terlalu rendah jika dibandingkan dengan biaya yang sebenarnya. Peneliti hendak menganalisis perhitungan *unit cost* aksi operasi Caesarea yang semula menggunakan pendekatan konvensional dengan menggunakan pendekatan *activity based costing* (ABC) di Rumah Sakit XY Pati.

## METODE

### A. Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah studi lapangan (*field research*), dengan pendekatan kuantitatif dengan metode rancangan. Metode tersebut



digunakan untuk menganalisa perhitungan suatu unit *cost* Operasi *Caesarea* tanpa penyulit berdasarkan metode *Activity Based Costing* (ABC) yang akan dapat digunakan sebagai dasar dalam pertimbangan pelaksanaan Operasi *Caesarea* metode *ERACS* tanpa penyulit di kelas perawatan III RS XY Pati.

**B. Populasi dan Sampel**

Populasi penelitian ini adalah pegawai Rumah Sakit X Pati. Sampel yang digunakan pegawai atau tenaga kesehatan yang menangani operasi cesar yaitu dokter spesialis kebidanan dan kandungan (*Obgyn*), dokter Anestesi, dokter spesialis anak, bagian pendaftaran, bagian akuntansi, staf farmasi, petugas, bidan, dan perawat yang terlibat sejak pasien masuk rumah sakit, IGD, kamar bersalin, ruang operasi, ruang nifas, serta pasien operasi *Caesarea* yang memakai metode *ERACS* dan non *ERACS*.

**C. Teknik Pengambilan Data**

Teknik pengumpulan data dilakukan dengan pengambilan data primer dan sekunder. Untuk pengumpulan data primer, peneliti melaksanakan observasi langsung terhadap rangkaian pelaksanaan pelayanan terhadap pasien yang dilakukan operasi *Caesarea* tanpa penyulit sejak admisi sampai pulang dari perawatan Rumah Sakit. Data sekunder berasal dari studi literatur melalui proses pencarian data-data yang bersifat teoritis yang berhubungan dengan objek penelitian dari Standar Operasional Prosedur (SOP), *Clinical Pathway*, data keuangan rumah sakit, data inventaris bangunan, alat, sarana pendukung, teori dari buku, hasil penelitian, dan jurnal terdahulu.

**D. Instrumen Penelitian**

Intrumen penelitian yang digunakan yaitu lembar observasi, lembar panduan wawancara dan lembar dokumentasi.

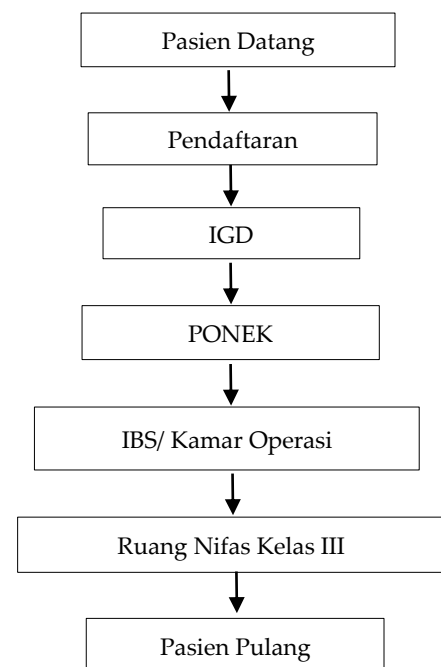
**E. Teknik Analisis Data**

Teknik analisis data penelitian ini terbagi menjadi 3 tahap yaitu teknik reduksi data, teknik penyajian data, dan

teknik penarikan kesimpulan. Tahap pertama, peneliti mereduksi jumlah data dengan cara memilih data secara cermat melalui observasi, wawancara, dan dokumentasi. Selanjutnya peneliti mengorganisasikan data yang telah dikumpulkan agar lebih mudah disajikan. Pada tahap akhir analisis, peneliti menyajikan argumen dan kesimpulan berdasarkan kesimpulan yang diambil dari data yang telah disajikan.

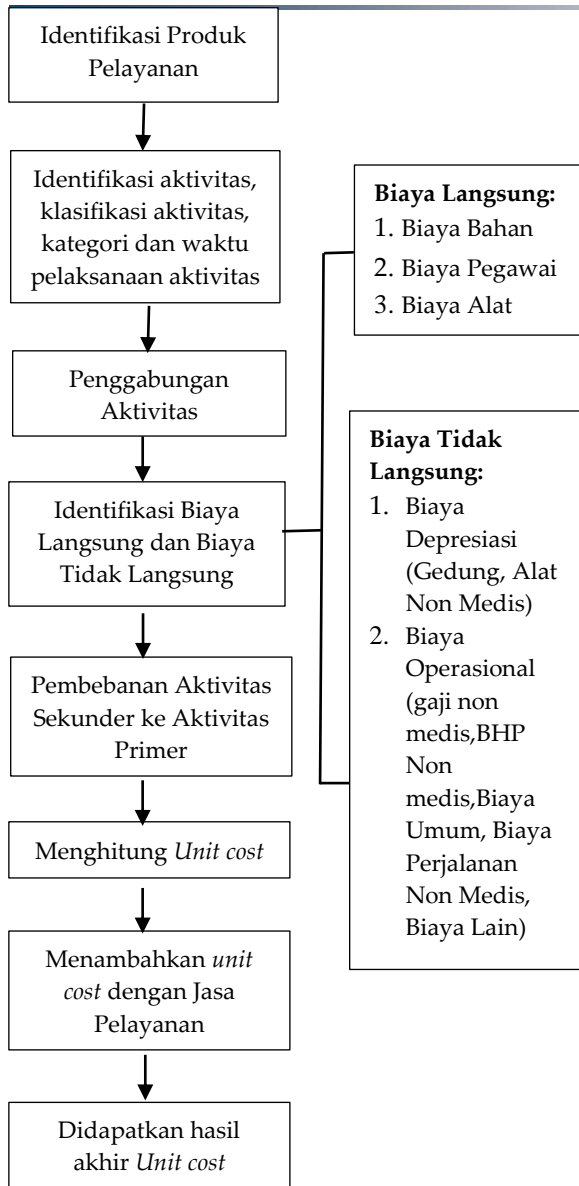
**HASIL DAN PEMBAHASAN**

Penentuan *unit cost* maka perlu diidentifikasi faktor-faktor yang terlibat untuk ditentukan *cost driver*. Faktor tersebut dapat dilihat melalui alur pelayanan pasien datang hingga pasien dipulangkan. Alur pelayanan pasien merujuk pada *clinical pathways* yang sudah ada di rumah sakit x. Untuk mengidentifikasi faktor-faktor tersebut maka dirunut melalui alur pasien dan sumber daya yang terlibat sehingga bisa diidentifikasi *cost driver* secara terperinci.



Gambar 1. Alur Kedatangan Pasien

Gambar 1 merupakan alur pasien secara runtut mulai datang ke rumah sakit, hingga pasien dipulangkan.



Tabel 1. Jasa Pelayanan Untuk Tiap Unit Activity

No	Unit Activity	Kelas III
1	IGD PONEK	50.000
2	Pra OP VK	31.250
3	Ruang OP	1.560.000
4	Ranap Nifas	220.120
5	Transit BBL	56.250
6	Ranap BBL	42.081
<b>Jumlah</b>		<b>1.959.701</b>

Setelah membuat alur kedatangan pasien dan alur untuk menentukan *unit cost*, dengan mengidentifikasi faktor-faktor yang terlibat seperti biaya langsung dan biaya tidak langsung kemudian ditambahkan jasa pelayanan. Jasa pelayanan yang ditambahkan berdasarkan daftar perubahan tarif layanan di RS X. Seperti halnya penghitungan *unit cost*, penghitungan jasa pelayanan dilakukan di tiap unit. Total jasa pelayanan untuk setiap *unit activity* dapat dilihat pada tabel 1. Berdasarkan perhitungan *unit cost* dalam penelitian ini, maka *unit cost* SC tanpa penyulit beserta jasa pelayanannya untuk kelas III dapat dilihat pada tabel 2:

Gambar 2. Alur Untuk Menentukan Unit cost

Tabel 2. Hasil penghitungan unit cost SC tanpa penyulit RS XY Pati

No	Kelas	Unit cost (Rp)	Jasa Pelayanan (Rp)	Jumlah (Rp)
1	ERACS			
	a. Plasenta Previa	3.252.400	1.959.701	5.212.101
	b. CPD	3.182.650	1.959.701	5.142.351
	c. Letak Sungsang	3.214.900	1.959.701	5.174.601
2	Konvensional			
	a. Plasenta Previa	3.696.344	1.959.701	5.656.045
	b. CPD	3.626.594	1.959.701	5.586.295
	c. Letak Sungsang	3.638.500	1.959.701	5.598.201

Melihat perbandingan antara *unit cost* dengan jasa pelayanan tergambar dengan jelas bahwa jasa pelayanan

memberikan kontribusi yang signifikan terhadap besarnya tarif layanan operasi SC metode ERACS & konvensional tanpa

penyulit kelas III.

Namun demikian berdasarkan hasil FGD, pihak RS tidak dapat banyak mengintervensi pengeluaran ini. Jumlah jasa layanan yang ada pada tabel tersebut atas dasar pertimbangan jumlah jasa layanan pesaing. Dilain pihak sampai sekarang masih belum ada referensi standar jasa pelayanan dari kolegium.

Tidak adanya standar acuan yang paten maka pententuan jasa layanan tidak menggunakan aturan tetap yang baku. Jasa pelayanan merupakan komponen yang dilematis bagi manajemen, karena berpengaruh terhadap kerja sama dengan dokter spesialis khususnya dokter mitra. Akan sulit untuk menurunkan jasa pelayanan pasien dalam rangka menurunkan tarif SC tanpa penyulit.

Hasil penjumlahan *unit cost* dan jasa pelayanan ini memberikan pelayanan pada pasien SC tanpa penyulit. Angka tersebut belum bisa dikatakan sebagai sebuah tarif karena belum memasukkan variabel "konstanta" yang memberikan pengaruh sebuah institusi dalam penetapan tarif.

Teori tarif menunjukkan bahwa layanan fasilitas yang meliputi biaya satuan dan konstanta, serta jasa layanan membentuk struktur tarif. Subsidi mempengaruhi konstanta, ATP-WTP, kebijakan pesaing, dan sebagainya. Jasa pelayanan ditentukan oleh kebijakan rumah sakit atau profesi (Oktariyana et al., 2023). Oleh karenanya hasil penghitungan diatas perlu dibawa kedalam sebuah pertemuan tim tarif RS yang bertujuan menetapkan konstanta yang berdampak penting dan besar kuantitasnya.

Tahapan berikutnya rekening tagihan pasien, hasil klaim BPJS yang diterima RS, tarif dari INA CBGs dibandingkan dengan biaya satuan dan jasa layanan pasien, sesuai dengan Permenkes No. 64 tahun 2016, permenkes no. 26 tahun 2021, dan permenkes No. 3 tahun 2023. *Biling* pasien yang

menggunakan *clinical pathway* merupakan rekening tagihan pasien yang dimaksud (Handayani et al., 2018). Tujuan membandingkan hal tersebut adalah untuk membedakan antara Tarif INA CBGs yang berlaku sekarang, biaya yang dikeluarkan RS dalam melakukan pelayanan SC Tanpa Penyulit, iuran bayar dari pasien, pembayaran yang diterima dari BPJS, serta tarif INA CBGs yang berlaku saat implementasi dilakukan.

Setelah dilakukan perbandingan kemudian melakukan penghitungan rata-rata billing pada pasien umum atau pasien Non BPJS. Pasien umum SC metode ERACS dengan plasenta previa didapatkan hasil Rp 8.500.050, SC Konvensional dengan plasenta previa Rp 8.943.362. ERACS dengan CPD sebesar Rp 8.430.301, Konvensional CPD Rp 8.629.901. ERACS Letak Sungsang Rp 8.462.550, dan Konvensional letak sungsang Rp 8.906.493.

Berdasarkan data diatas maka tahap selanjutnya adalah menghitung *Case Recovery Rate* (CRR) pada pasien umum untuk dibandingkan antara tagihan pasien umum dengan hasil perhitungan *unit cost* ditambah dengan jasa pelayanan. CRR pada pasien BPJS dibandingkan dengan hasil perhitungan *unit cost* ditambahkan dengan jasa pelayanan.

$$CRR_1 = \frac{\text{Rata-rata tagihan pasien umum suatu kelas}}{\text{Unit cost dan jasa pelayanan pada kelas yang sama}}$$

Berikut merupakan hasil perhitungan CRR (*case recovery rate*) pasien umum dengan membandingkan antara hasil *unit cost* dan jasa pelayanan dengan tagihan pasien yang dapat dilihat pada tabel 3.

Perhitungan CRR dilakukan antara tarif tagihan pasien umum dibandingkan dengan hasil penghitungan *unit cost* dan jasa layanan. Tabel tersebut menjelaskan bahwa setelah bagian-bagian yang dihitung serupa, terjadi peningkatan pada CRR walaupun sedikit. Namun keuntungan yang diambil RS masih minimal dalam kasus SC metode ERCS dan

konvensional tanpa penyulit, dikarenakan mendekati total *cost* yang dikeluarkan baik *unit cost*, jasa pelayanan, maupun sarana.

**Tabel 3. Case Recovery Rate dari Rata-Rata Tagihan Pasien Umum dibandingkan dengan Unit cost dan Jasa Pelayanan**

No	Kelas Perawatan	Penghitungan Unit cost dan Jasa Pelayanan	Tagihan Pasien Umum	CRR (100%)
1	ERACS			
	a. Plasenta Previa	8.500.050		147,05%
	b. CPD	8.430.301		148,27%
	c. Letak Sungsang	8.462.550		147,70%
2	Konvensional		12.500.000	
	a. Plasenta Previa	8.943.362		139,76%
	b. CPD	8.629.901		144,84%
	c. Letak Sungsang	8.906.493		140,34%

Selama penelitian ini dilakukan telah terjadi dua kali revisi standar tarif INA CBGs yaitu Permenkes nomor 26

tahun 2021 dan Permenkes nomor 03 tahun 2023. Perhitungan CRR dilakukan juga pada pasien BPJS kelas III. Penghitungan ini mengasumsikan bahwa komponen yang terlibat dalam penetapan tarif sama dengan komponen yang terlibat dalam penghitungan *unit cost*. Diasumsikan bahwa *investment cost* sudah diperhitungkan. Hasil yang didapat dapat diamati pada tabel 4.

Penghitungan CRR menunjukkan bahwa perbandingan antara tarif INA CBGs berdasarkan Permenkes No 03 tahun 2023 dengan hasil perhitungan *unit cost* ditambah jasa pelayanan adalah 86,74% untuk ERACS Plsaenta previa, 79,93% untuk konvensional plasenta previa, 87,91% ERACS CPD, 80,93% konvensional CPD, 87,37% untuk ERACS letak sungsang dan 80,75% untuk konvensional letak sungsang. Hal ini menunjukkan beban RS untuk menutup kekurangan biaya operasional berkisar 13-21%. Untuk menutupi kekurangan dan meningkatkan revenue dari sektor lain manajemen RS perlu mencari peluang-peluang yang lain.

**Tabel 4. Case Recovery Rate dari Tarif INA CBGs Dibandingkan dengan Unit cost dan Jasa Pelayanan**

No	Kelas Perawatan	Penghitungan Unit cost dan Jasa Pelayanan	Tarif INA Cbgs Kelas III Permenkes 03/2023	CRR (100%)
1	ERACS			
	a. Plasenta Previa	5.212.101		86,74%
	b. CPD	5.142.351		87,91%
	c. Letak Sungsang	5.174.601		87,37%
2	Konvensional		4.521.100	
	a. Plasenta Previa	5.656.045		79,93%
	c. CPD	5.586.295		80,93%
	d. Letak Sungsang	5.598.601		80,75%

Perhitungan CRR (*case recovery rate*) berdasarkan permenkes no 26 tahun 2021 dan no 03 tahun 2023 telah terjadi peningkatan. Meskipun ada peningkatan

tarif di tahun 2023 ini, dirasa RS Masih memiliki beban operasional dalam memberikan pelayanan tindakan SC ERACS dan konvensional. Hal ini



menunjukkan bahwa pemerintah telah mengupayakan penyesuaian tarif mendekati riil. Namun demikian masih perlu ditingkatkan agar standar tarif yang ditetapkan pemerintah dapat mewakili kondisi yang terjadi di lapangan.

## PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian, disimpulkan bahwa *Clinical Pathways* SC tanpa penyulit telah tersusun dan telah ditambahkan penyusunan *Clinical Pathways* penanganan BBL Sehat melalui Sectio Caesarea tanpa penyulit karena klaim BPJS untuk bayi baru lahir sehat digabung dengan klaim ibu. *Clinical Pathways* yang telah disusun sebelumnya telah diimplementasikan pada pasien BPJS. Hasil penghitungan unit *cost* menunjukkan adanya perbedaan antara biaya yang dikeluarkan rumah sakit dan standar tarif INA CBGs, dimana plafon INA CBGs tidak

mampu menutup pengeluaran rumah sakit dalam memberikan pelayanan SC tanpa penyulit.

Analisis biaya dapat digunakan sebagai evaluasi untuk *cost efficiency*, pengembangan unit produksi yang berdaya jual tinggi, serta evaluasi unit produksi yang berdaya jual rendah. Analisis biaya diharapkan menjadi dasar dalam menentukan arah kebijakan rumah sakit karena mampu menyajikan data dengan baik. Kebijakan rumah sakit X menghadapi program JKN meliputi mengkaji ulang struktur tarif rumah sakit, meningkatkan peran tim kendali mutu dan kendali biaya dengan memberikan raport pelayanan JKN kepada masing-masing dokter dalam rapat komite medis, serta meningkatkan CoB sebagai peluang *income generating* dengan meningkatkan kualitas pelayanan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Achmad Marwan, Yuli Prapanca, Susi Himawati, C. W. (2024). Analisis Biaya Satuan (Unit Cost) Penggunaan Alat Ventilator lama rawat 3 hari Pada Pasien Diagnosis Utama Respiratory Failure (J969) Dengan Kode INA-CBG J-1-20-III di Ruang Intensive Care Unit (ICU) Rumah Sakit HERMINA OPI JAKABARING Achmad. *Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARS)*, 8(1), 1–25. [http://repo.iain-tulungagung.ac.id/5510/5/BAB 2.pdf](http://repo.iain-tulungagung.ac.id/5510/5/BAB%20.pdf)
- Amanah, T. (2024). Analisis Kepuasan Pelayanan Rumah Sakit Umum Sari Asih. *GEMILANG: Jurnal Manajemen Dan Akuntansi*, 4(2), 260–268.
- Asyari, & Achyarsyah, P. (2022). Evaluasi Model Perhitungan Tarif Dasar Kamar Rawat Inap Pasien Berdasar Metode Activity Based Costing Study Pada RS Siloam Kebon Jeruk. *Jurnal Ekonomi, Manajemen, Bisnis Dan Sosial Available*, 1(46), 34–39.
- Ayuningtyas, D., Oktarina, R., Nyoman, N., & Sutrisnawati, D. (2018). Etika kesehatan pada persalinan melalui sectio Caesarea tanpa indikasi medis *bioethics in childbirth through Sectio Caesarea without Medical Indication. Jurnal MKMI*, 14(1), 9–16.
- Dirhan, Chandrainy Puri, & Susilo Wulan. (2022). Potensi Beban Pembiayaan Sectio Caesarea Di Provinsi Bengkulu: Analisis Data Bpjs Kesehatan Tahun 2014 - 2019. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 1(5), 1–10.
- Faqih, S., Waly, A., & Jakaria, R. B. (2024). *Penentuan Harga Jual Produk dengan Menggunakan Metode Activity Based*. 2(1), 49–59.
- Fitria, A., Armani, A. S., Rochmah, T. N., Purwaka, B. T., & Pudjirahardjo, W. J. (2021). Penerapan Clinical Pathways sebagai Instrumen Pengendalian Biaya Pelayanan: Studi Penelitian Tindakan Penderita BPJS yang Menjalani Operasi Caesarea dengan

- Sistem Pembayaran INA-CBG. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 4(2), 593–599. <https://doi.org/10.31539/jks.v4i2.1546>
- Gusti, I. (2017). *Dampak Penerapan Clinical Pathway Pada Pasien DBD Terhadap Outcome Pelayanan di RSUD Taman Husada Bontang*. Universitas Hasanuddin Makassar.
- Handayani, L., Suharmiati, & Pratiwi, N. (2018). Unit Cost Rumah Sakit Dan Tarif Ina-Cbgs: Sudahkah Pembiayaan Kesehatan Rumah Sakit Dibayar Dengan Layak? *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 21(4), 219–227.
- Hanifah, A. W., & Risdiana, N. (2022). Effects of Combination of Lavender Aromatherapy and Benson Relaxation on Pain in Patients with Post-C-section Surgery : Case Study. *Proceedings The 3rd UMY Grace*, 2(2), 201–206.
- Hikmah, N., Kartikasari, A., Russiska, R., & Noviyani, N. (2021). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Postpartum Blues Di Wilayah Kerja Uptd Puskesmas Kadugede. *Journal of Public Health Innovation*, 1(2), 83–96. <https://doi.org/10.34305/jphi.v1i2.279>
- Humaira, N., Sidharti, L., Yonata, A., Kedokteran, F., Lampung, U., Anestesi, B., Kedokteran, F., Lampung, U., Ilmu, B., Dalam, P., Kedokteran, F., & Lampung, U. (2022). ERACS as an Early Mobilization Method in Sectio Caesarea Patients. *Agromedicine*, 9(86), 64–68.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Kurniadi, A., Ernawati, D., Mubarokah, K., & Setiono, O. (2023). Pengembangan Aplikasi Jagabunda Sebagai Pendampingan Ibu Hamil dalam Upaya Penurunan Kematian Ibu dan Bayi. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 8(1), 37–45. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.76549>
- Lara Pramita, Hedy Hardiana, R. W. (2024). Pengaruh Persalinan Metode ERACS (Enhanced Recovery After Caesarean Surgery) Terhadap Waktu (On Set) Inisiasi Menyusui Dini. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(5), 2167–2174.
- Liana Sidharti, Arifaa Thalitha Zuleikha, Evi Kurniawaty, A. W. (2023). Perbandingan Efek Samping dan Kenyamanan Pasien Pasca Operasi Sectio Caesarea Metode ERACS dan Non ERACS. [MANUJU: MALAHAYATI NURSING JOURNAL, 5(7), 2201–2211.
- Maselkosssu, K. W., & Christiani, N. (2023). Asuhan Kebidanan Continuity Of Care ( COC ) Pada Ny . R umur 29 Tahun G2P1A0 di Praktik Mandiri Bidan Ernawati Kalongan Ungaran Timur. *Prosiding Seminar Nasional Dan Call for Paper Kebidanan*, 2(2), 823–831.
- Meriyanti, Suryana, E., & Harto, K. (2023). Perkembangan Motorik Bayi dan Implikasinya pada Konsep Pendidikan Islam. *Al Musannif*, 5(2), 91–108.
- Munjari. (2021). Ketidapatuhan Dokter Spesialis Obsgin dalam Melaksanakan Clinical Pathway. *Syntax Idea*, 3(4), 883–901.
- Nisrina Khairunnisa S, Hermawan Saputra, S. (2022). Efektivitas Dan Efisiensi Tindakan Eracs Sebagai Metode Terbaru Di Rs X Bogor Tahun 2022. *Jurnal Kesehatan Madani Medika*, 13(02), 269–280.
- Nurjanah, & Hafni, D. A. (2023). Penentuan Tarif Jasa Rawat Inap dengan Metode ABC pada Rumah Sakit Umum 'Aisyiyah Purworejo. *Jurnal Ilmiah Multidisiplin*, 2(9), 4040–4053.
- Nurul, F., Azizah, N., & Fauziati, N. (2023). Keberhasilan Menyusui dan Lama Perawatan Pada Persalinan Metode

- Enhanced Recovery After Caesarean Section. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 14(1), 315–324.
- Oktariyana, M. D., Reu, F. M., & Latumahina, O. (2023). Pengaruh Tarif Pajak, Keadilan Pajak dan Sanksi Pajak Terhadap Kepatuhan Wajib Pajak Kendaraan Bermotor pada Pemerintah Daerah Kota Kupang. *Jurnal Inovasi Akuntansi (JIA)*, 1(2), 198–207. <https://doi.org/10.36733/jia.v1i2.7894>
- Purnaningrum, T. S., & Surayawati, C. (2023). Mengadopsi ERACS Sebagai Alternatif Persalinan Caesarea: A Literature Review. *Jurnal Ners*, 7(1).
- Rahayu, E. P., Nisa, F., Andriani, R. A. D., & Anggraini, F. D. (2023). The effectiveness of the ERACS (Enhanced Recovery After Caesarean Surgery) method on postoperative pain and the onset of colostrum excretion. *Bali Medical Journal*, 12(2). <https://doi.org/10.15562/bmj.v12i2.4324>
- Ratih, Dewi, K., Rsud, D., Kasim, H. B., Ratih, T., Kabuhung, E. I., & Hidayah, N. (2024). Hubungan Kadar HB, Perawatan Luka Dan DM Terhadap Kejadian Infeksi Luka Operasi (ILO) Pada Pasien Post SC. *Jurnal Anestesi: Jurnal Ilmu Kesehatan Dan Kedokteran*, 2(1), 164–182.
- Rohana, Sriatmi, & Budiyaniti. (2020). Pelaksanaan Pelayanan Neonatal Berdasarkan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan Bayi Baru Lahir Di Puskesmas Dukuhseti Kabupaten Pati. *JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT*, 8(1), 97–106. <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm/article/view/25877>
- Salam, U. A., Aziz, A., & Akbarini, D. (2023). Luaran Maternal Pasien Preeklamsi Berat Awitan Dini Dan Lambat Berdasarkan Metode Persalinan. *MESINA (Medical Scientific Journal)*, 4(2), 84–92. <https://doi.org/10.32502/msj.v4i2.5838>
- Selfie, MF Arrozi, I. S. M. (2023). Analisis Efektivitas Biaya Seksio Sesarea Metode Eracs Dan Non-Eracs Pada Pasien Bpjs Kesehatan. *Journal Of Ners Community*, 13(2), 407–422.
- Suaryanti, N. M. A., Maha Wirajaya, M. K., & Sudiari, M. (2022). Analisis Kelengkapan Rekam Medis Pasien Rawat Inap Fraktur Tulang Anggota Gerak di Rumah Sakit Bhayangkara Denpasar. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 7(2), 70–78. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.67626>
- Sumiati, S., Witcahyo, E., & Ramani, A. (2020). Analisis Biaya Satuan (Unit Cost) dengan Metode Activity Based Costing (ABC) di Poliklinik Jantung RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 4(2), 1–9. <https://doi.org/10.7454/eki.v4i2.2956>
- Supriyatno, Slamet, Daito, A. (2022). Analisis Biaya Tindakan Medis Operasi Besar Sectio Caesarea Dengan Menggunakan Pendekatan Activity Based Costing Di Rumah Sakit Yadika Pondok Bambu Jakarta. *Journal of Syntax Literate*, 7(4).
- Tika, T. T., Sidharti, L., Himayani, R., & Rahmayani, F. (2022). Metode ERACS Sebagai Program Perioperatif Pasien Operasi Caesareaagus. *Jurnal Medika Hutama*, 03(02), 2386–2391.