**Analisis Activity Based Costing Pada Operasi Caesar Tanpa Penyulit Metode ERACS Di RS XY Pati**

***Analysis Of Activity Based Costing In Caesare Operations Without Difficulty ERACS Method At XY Pati Hospital***

Tansya Sushan Purnaningrum**1\*,** Chriswardani Surayawati**1** dan Suhartono1

1Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Diponegoro Semarang

# ABSTRAK

**Latar Belakang:** Peningkatan minat masyarakat terhadap operasi caesar membuat pelayanan perioperatif juga mengalami peningkatan. Untuk meningkatkan manfaat klinis dari operasi caesar, maka enhanced recovery care merupakan cara yang efektif untuk dilakukan.

**Tujuan:** Tujuan peneltian 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 RS XY Pati.

**Metode:** Jenis penelitian ini menggunakan studi lapangan *(field research)* dengan pendekatan deskriptif kualitatif melalui metode rancangan. Adapun teknik pengumpulan datanya dengan observasi, wawancara dan dokumentasi yang di peroleh dari sumber data primer dan sekunder. Sementara teknik analisis yang digunakan yakni reduksi data, penyajian data dan membuat kesimpulan.

**Hasil:** Penghitungan unit cost menunjukkan adanya perbedaan antara biaya yang dikeluarkan RS dalam menyelenggarakan SC tanpa penyulit dan standar tarif INA CBGs. Plafon INA CBGs tidak dapat menutup pengeluaran RS dalam memberikan pelayanan SC tanpa penyulit. 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 cesarean operations has resulted in perioperative services also increasing. To increase the clinical benefits of a caesarean section, enhanced recovery care is 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 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 techniques include 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 in carrying out SC without complications and the standard INA CBG rates. The INA CBG ceiling cannot cover hospital expenses for providing 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*

***Diajukan Diperbaiki Diterima***

## PENDAHULUAN

Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan agar perseorangan sehat secara paripurna, yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Amanah, 2024). Pelayanan persalinan dan neonatal merupakan salah satu standar pelayanan Rumah Sakit. Pelayanan persalinan dalam hal ini pelayanan kebidanan dan neonatal adalah upaya untuk menjamin dan melindungi proses kehamilan, persalinan, pasca persalinan, penanganan perdarahan pasca keguguran serta adanya komplikasi yang terkait dengan kehamilan, persalinan, dan nifas (Maselkosssu & Christiani, 2023).

Persalinan secara garis besar berdasar rutenya dibagi menjadi dua, yaitu pervaginam dan *Sectio Caesaria* (Salam et al., 2023). *Sectio Caesaria* atau Operasi Caesar adalah suatu persalinan buatan, dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding perut dan dinding rahim dengan sayatan rahim dalam keadaan utuh bila ada indikasi medis (Ratih et al., 2024).

Operasi Caesar merupakan operasi yang paling sering dilakukan pada wanita. Operasi Caesar 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 Caesar (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 Caesar. Di Amerika Serikat saat ini persentase SC sebesar 31%. Peningkatan angka operasi Caesar ini terjadi negara dengan pendapatan tinggi, rendah, dan sedang (Hikmah et al., 2021).

Peningkatan operasi caesar juga terjadi di Indonesia. Data Survey Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) menunjukkan adanya peningkatan angka operasi caesar di Indonesia dari tahun 1991 sampai 2017 sebanyak 1,2-6,8% (Humaira et al., 2022). Riskesdas tahun 2018 menunjukkan angka kelahiran caesar di Indonesia sebanyak 17,6%. Prevalensi tertinggi yaitu di DKI Jakarta mencapai 31,1% dan terendah di Papua sebanyak 6,7% (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

Operasi caesar telah menjadi tren, sebagian besar ibu memakai caesar sebab tidak merasakan nyeri ataupun sakit yang cukup besar sehingga cukup banyak yang menginginkan ke dokter untuk caesar (Supriyatno, Slamet, Daito, 2022). Sekarang ini juga telah bertumbuh dugaan di masyarakat menunjukkan anak yang dilahirkan dengan operasi caesar menghasilkan kecerdikan kognitif ataupun intelektual yang besar dibandingkan anak yang dilahirkan secara normal sebab tidak muncul kontraksi berbanding melalui metode persalinan lainnya (Meriyanti et al., 2023).

Peningkatan minat masyarakat terhadap operasi caesar membuat pelayanan perioperatif juga mengalami peningkatan. Untuk meningkatkan manfaat klinis dari operasi caesar, maka enhanced recovery care merupakan cara yang efektif untuk dilakukan. Hal ini dapat menyebabkan terdorongnya proses rehabilitasi dan pemulangan pasien lebih awal (Nurul et al., 2023).

*ERACS* *(Enhanced Recovery After Caesarian Surgery)* adalah program cepat pemulihan setelah operasi Caesar yang berupa serangkaian perawatan mulai dari persiapan preoperatif, intraoperatif, dan perawatan post operatif sampai pemulangan pasien (Rahayu et al., 2023). Konsep ERACS merupakan pengembangan dari konsep *ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)*, dimana konsep ERAS ini awalnya digunakan pada operasi bedah digestif. Konsep ERAS terbukti mengurangi lama rawat pasien di rumah sakit, mengurangi komplikasi pasca operatif, dan meningkatkan kepuasan pasien. Oleh karena itu, konsep ERAS kemudian dikembangkan untuk tindakan operasi di bidang lain salah satunya di bagian obstetri (Purnaningrum & Surayawati, 2023).

Rumah Sakit XY Pati merupakan kriteria Rumah Sakit Umum (RSU) milik Swasta dan salah satu rumah sakit tipe D yang terletak di wilayah Kabupaten Pati. Rumah sakit ini memberikan pelayanan di bidang kesehatan yang didukung oleh layanan dokter spesialis khususnya dokter spesialis Obstetri dan Ginekologi (Obgyn) sebanyak 3 orang, serta ditunjang dengan fasilitas medis antara lain: Ambulance, Instalasi Gawat Darurat (IGD), Farmasi/Apotik, Ruang Operasi, Medical Chek Up, Laboratorium, Radiologi, Ultrasonografi (USG), Elektrokardiogram (EKG), Fisioterapi, Rawat Inap, dan Poliklinik Rawat Jalan.

Berdasarkan studi pendahuluan dengan melaksanakan wawancara kepada salah satu pegawai RS, fasilitas operasi terbanyak dilaksanakan di RS XY Pati yakni fasilitas Operasi Caesar. Total Operasi Caesar yang dilaksanakan sebanyak 189 dari 300 atau 63% kegiatan operasi secara menyeluruh yang dilaksanakan untuk pasien. Untuk operasi caesar dengan metode ERACS dijalankan sejak November 2021. Dalam satu bulan angka tindakan SC mencapai 60-70% dari total 300 tindakan terminasi kehamilan, 60% pasien SC merupakan pasien ERACS dan dari tindakan operatif yang ada maka SC menduduki tindakan operatif terbanyak. SC pada peserta BPJS mencapai 80% dari total SC yang ada. Menurut INA CBGs terakhir pelayanan ranap kelas III operasi caesarea ringan berkisar Rp. 4.022.100. SC mempergunakan sumber daya yang besar yaitu tenaga medis, paramedis, serta obat dan bahan habis pakai rumah sakit.

Metode ERACS ini dinilai lebih efektif dibandingkan dengan metode konvensional, karena dapat menurunkan biaya perawatan dan pasien *recovery* lebih cepat. Hal ini didukung hasil penelitian Fay dkk menunjukkan bahwa implementasi operasi caesar dengan metode *ERACS* dapat menurunkan length of stay dan menghemat biaya perawatan kesehatan (Selfie, MF Arrozi, 2023). Penelitian sejenis juga dilakukan oleh Tika dkk dalam artikelnya Liana Sidharti dkk menunjukkan bahwa *ERACS* dapat memberikan hasil pemulihan fungsional yang lebih cepat, serta dapat meminimalisir terjadinya komplikasi, dan pengurangan waktu rawat inap (Sidharti et al., 2023).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 85 Tahun 2015 tentang Pola Tarif Nasional Rumah Sakit menyatakan bahwa tarif Rumah Sakit harus memperhatikan asas gotong royong, adil dengan mengutamakan kepentingan masyarakat berpenghasilan rendah, dan tidak mengutamakan untuk mencari keuntungan. Disebutkan juga bahwa tarif rumah sakit diperhitungkan atas dasar unit cost dengan memperhatikan kemampuan ekonomi masyarakat, rumah sakit setempat lainnya serta kebijaksanaan subsidi silang (Nurjanah & Hafni, 2023).

Penelitian yang dilakukan Ayuningtyas menghasilkan temuan bahwa persalinan yang menggunakan biaya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebanyak 74%. Tarif operasi Caesar dalam JKN jauh perbedaannya dengan tariff riil di Rumah Sakit (Ayuningtyas et al., 2018). Hampir semua tarif INA CBGs dari JKN untuk kasus dengan tindakan operasi, khususnya obstetri ginekologi rata-rata lebih rendah dari pada tarif riil rumah sakit. Hal tersebut membuat manajemen rumah sakit untuk dapat 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 melakukan kendali mutu dan kendali biaya. Rumah sakit sebagai suatu organisasi diharuskan memiliki ciri padat modal, padat karya, padat teknologi, dan memuaskan pelanggannya. 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 dikuranginya lama rawat inap dan biaya operasional riil (Dirhan et al., 2022).

*Clinical Pathway* (CP) adalah salah satu instrument pemberian layanan kepada pasien rawat inap yang terstandarisasi dari pasien masuk sampai pulang yang berfokus pada manajemen pengendali mutu dan biaya (Munjari, 2021). Penelitian Gusti menunjukkan bahwa ada pengaruh signifikan implementasi *clinical pathway* terhadap mutu layanan dan biaya perawatan pada kelompok sebelum dan sesudah(Gusti, 2017). Penelitian serupa yang dilakukan oleh Fitria dkk menunjukkan bahwa penerapan clinical pathway dapat mengurangi lama rawat inap dan biaya rumah sakit yang sebenarnya pada pasien bedah caesar dan menunjukkan bahwa penggunaan CP dapat membuat layanan lebih efisien (Fitria et al., 2021). CP yang merupakan salah satu instrument yang cukup baik untuk pengendalian mutu dan biaya tersebut sudah diterapkan di Rumah Sakit XY Pati. Berdasarkan observasi awal yang dilakukan penulis, treatment yang dilakukan kurang lebih relatif sama antar dokter spesialis obgyn sesuai *Clinical Pathway*.

Perhitungan unit cost memiliki peran penting, diantaranya digunakan untuk penetapan tarif, informasi tentang unit cost digunakan untuk perencanaan anggaran, pengendalian biaya, subsidi, dan sebagai informasi dalam membuat keputusan. Perhitungan unit cost memiliki tujuan supaya efisiensi dan kinerja setiap instalasi, poliklinik maupun komponen dalam proses pelayanan di instansi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan dapat dimonitor dengan baik sehingga perhitungan unit cost bermanfaat untuk memperkuat pertahanan rumah sakit dalam persaingan bisnis yang ketat (Sumiati et al., 2020).

Perhitungan unit cost memerlukan metode yang tepat dan akurat sehingga dapat memberikan informasi yang tepat untuk pengambilan keputusan, metode perhitungan yang berdasarkan aktivitas adalah metode Activity Based Costing (ABC). Metode ABC memiliki karakteristik khusus yaitu kemampuan untuk mendiagnosis biaya yang tepat, menyajikan informasi non keuangan untuk meningkatkan kinerja dan efisiensi kegiatan. Selain itu, metode ini dapat mengidentifikasi penggunaan sumber daya yang tidak efisien sehingga sumber daya tersebut dapat dikurangi (Faqih et al., 2024).

Metode ABC sangat penting untuk diterapkan karena memenuhi kebutuhan informasi yang akurat tentang biaya yang dikonsumsi oleh sumber daya, produk pelayanan dan pelanggan. Metode penelitian dilakukan berdasarkan metode ABC yaitu identifikasi nama dan biaya aktivitas penunjang, pembebanan biaya ke unit produksi, identifikasi produk pelayanan, identifikasi aktivitas produk dan waktu pelayanan, mengitung biaya langsung dan biaya tidak langsung. Pembebanan biaya aktivitas sekunder ke aktivitas primer, dan menghitung biaya satuan (Asyari & Achyarsyah, 2022).

Sampai saat ini, penentuan tarif di Rumah Sakit XY Pati belum memperhitungkan unit cost dan belum bisa diketahui besarnya biaya yang dibutuhkan untuk suatu tindakan. Perhitungan tarif yang dilakukan di Rumah Sakit XY Pati saat ini masih menggunakan pendekatan konvensional, yaitu dengan penentuan yang didasarkan pada biaya secara keseluruhan (total cost) yang dikeluarkan dalam suatu pelayanan yang diberikan, serta dengan membandingkan tarif tersebut dengan rumah sakit sekitar yang tipe kelasnya sama. Pendekatan semacam ini menjadikan berapa unit cost dari suatu pelayanan di Rumah Sakit XY Pati tidak terhitung dengan baik. Berangkat dari hal tersebut, maka penentuan unit cost dengan pendekatan yang lebih modern dan memiliki akurasi perhitungan sangat penting untuk dilakukan.

Selain itu, analisis biaya melalui perhitungan unit cost dapat dipergunakan rumah sakit sebagai dasar pengukuran kinerja, penyusunan anggaran dan subsidi, alat negosiasi pembiayaan kepada stakeholder terkait dan dapat pula dijadikan acuan dalam mengusulkan tarif pelayanan rumah sakit yang baru dan terjangkau masyarakat. Dengan analisis ini dapat diketahui pusat biaya yang ada di rumah sakit, sehingga kepala rumah sakit akan lebih mudah mengidentifikasi pusat biaya mana yang mengalami defisit dan dengan mudah dapat dilakukan tindakan perbaikan.

Berdasarkan studi pendahuluan dengan melaksanakan wawancara kepada salah satu pegawai RS, dalam menetapkan kos penggunaan fasilitas tindakan operasi caesar, RS tetap mempergunakan sistem survei pasar (sistem akuntansi konvensional). Hal ini pada akhirnya mengakibatkan rumah sakit menetapkan biaya yang terlalu rendah atau terlalu tinggi dibandingkan dengan biaya yang sebenarnya yang muncul untuk menghasilkan jasa. Melihat permasalahan ini, maka butuh penanganan yang serius dan kompleks terkait perhitungan kos operasi caesar. Peneliti ingin menganalisis perhitungan kos aksi operasi caesar yang semula menggunakan pendekatan konvensional dengan menggunakan pendekatan activity based costing di Rumah Sakit XY Pati.

Dengan memakai sumber data keuangan terakhir (1 tahun) yakni periode 2021, sudah dapat digunakan dalam perhitungan activity based budgeting. Data anggaran dan realisasi tahun 2021 dipakai sebagai dasar dalam penyusunan anggaran melalui pendekatan activity based costing di dalam menetapkan tarif kos operasi caesar dengan mempertimbangkan berbagai faktor seperti tarif dokter, tarif keperawatan, serta tarif penunjang lainnya mencakup farmasi, laboratorium, serta radiologi sebagai fokus riset.

## METODE

Jenis penelitian ini menggunakan studi lapangan *(field research),* dengan pendekatan deskriptif kualitatif dengan metode rancangan. Metode tersebut digunakan untuk menganalisa perhitungan unit cost Operasi Caesar tanpa penyulit berdasarkan metode *Activity Based Costing* (ABC) yang akan dapat digunakan sebagai dasar dalam pertimbangan pelaksanaan Operasi Caesar metode *ERACS* tanpa penyulit di kelas perawatan III RS XY Pati. Kemudian dapat digunakan untuk membandingkan unit cost operasi Caesar tanpa penyulit dengan metode *ERACS* dan konvensional. Data yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Dalam mengumpulkan data primer, peneliti melakukan observasi langsung terhadap rangkaian pelaksanaan pelayaan terhadap pasien yang dilakukan operasi Caesar tanpa penyulit sejak admisi sampai pulang dari perawatan Rumah Sakit. Data primer juga didapat dari wawancara langsung dengan pihak yang terlibat yaitu dokter spesialis *Obgyn*, dokter spesialis 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, sampai pulang, serta pasien operasi caesar yang memakai metode *ERACS* dan non *ERACS*. Data sekunder didapatkan dari studi literatur yang dilakukan melalui 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.

Setelah peneliti melakukan pengumpulan data, peneliti melanjutkan dengan mengolah data melalui analisis data. Peneliti menggunakan tiga teknik analisis data yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Pada 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. Data yang telah dikumpulkan, direduksi, dan kemudian disajikan secara deskriptif inilah yang kemudian menarik perhatian peneliti. Pada tahap akhir analisis, peneliti menyajikan argumen dan kesimpulan berdasarkan kesimpulan yang diambil dari data yang telah disajikan.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

 Jasa pelayanan yang ditambahkan berdasarkan Daftar Perubahan Tarif Layanan di RS X. Seperti halnya penghitungan unit cost, penghitungan jasa pelayanan dilakukan di tiap unit produksi. Proses atau alur dalam penentuan unit cost serta alur pasien dapat dilihat pada tabel berikut:

Identifikasi Cost Driver

Mengumpulkan Data Layanan

Menyusun dan Mengolah Data

Menentukan Unit Cost

Menyampaikan Kepada Manajemen Untuk Penentuan Tarif

**Biaya Langsung:**

1. Biaya Bahan
2. Biaya Pegawai
3. Biaya Alat

**Biaya Tidak Langsung:**

1. Biaya Depresiasi (Gedung, Alat Non Medis)
2. Biaya Operasional (gaji non medis,BHP Non medis,Biaya Umum, Biaya Perjalanan Non Medis, Biaya Lain)

**Bagan 1. Proses atau alur dalam penentuan unit cost**

Identifikasi Cost Driver

Mengumpulkan Data Layanan

Menyusun dan Mengolah Data

Menentukan Unit Cost

Menyampaikan Kepada Manajemen Untuk Penentuan Tarif

**Biaya Langsung:**

1. Biaya Bahan
2. Biaya Pegawai
3. Biaya Alat

**Biaya Tidak Langsung:**

1. Biaya Depresiasi (Gedung, Alat Non Medis)
2. Biaya Operasional (gaji non medis,BHP Non medis,Biaya Umum, Biaya Perjalanan Non Medis, Biaya Lain)

Pendaftaran

IGD

PONEK

IBS/ Kamar Operasi

Ruang Nifas Kelas III

Pasien Pulang

Pasien Datang

**Bagan 2. Alur Kedatanagn Pasien dan Alur untuk Menentukan Unit Cost**

 Perbandingan total jasa pelayanan untuk setiap kelas perawatan dapat dilihat pada tabel 1:

**Tabel 1. Jasa Pelayanan Untuk Tiap *Unit Activity***

|  |  |
| --- | --- |
| **UNIT ACTIVITY** | **Kelas III** |
| IGD PONEK | 50.000 |
| Pra OP VK | 31.250 |
| Ruang OP | 1.560.000 |
| Ranap Nifas | 220.120 |
| Transit BBL | 56.250 |
| Ranap BBL | 42.081 |
| Jumlah | 1.959.701 |

 Berdasarkan perhitungan unit cost dalam penelitian ini, maka unit cost SC tanpa penyulit beserta jasa pelayanannya untuk kelas II, kelas I, kelas utama, dan kelas VIP dapat dilihat pada tabel 2:

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kelas | Unit Cost (Rp) | Jasa Pelayanan (Rp) | Jumlah (Rp) |
| EracsPlasenta Previa | 3.211.494 | 1.959.701 | 5.171.195 |
| KonvensionalPlasenta Previa | 3.655.436 | 1.959.701 | 5.615.137 |
| Eracs CPD | 3.141.744 | 1.959.701 | 5.101.445 |
| KonvensionalCPD | 3.585.686 | 1.959.701 | 5.545.387 |
| Eracs LetakSungsang | 3.173.994 | 1.959.701 | 5.133.695 |
| KonvensionalLetak Sungsang | 3.616.969 | 1.959.701 | 5.576.670 |

 Melihat perbandingan antara unit cost dengan jasa pelayanan tergambar dengan jelas bahwa jasa pelayanan memberikan kontribusi yang cukup besar terhadap besarnya tariff pelayanan SC tanpa penyulit. Namun demikian berdasarkan hasil FGD, pihak RS tidak dapat banyak mengintervensi pengeluaran ini. Besaran jasa pelayanan yang diberikan saat ini atas dasar pertimbangan besarnya jasa pelayanan kompetitor. Dilain pihak hingga saat ini belum ada standar jasa pelayanan dari kolegium. Sehingga belum ada acuan baku sebagai dasar penetapan jasa pelayanan. 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 peyulit. 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 struktur tarif dibangun dari jasa sarana yang terdiri dari unit cost dan konstanta, serta jasa pelayanan. Konstanta dipengaruhi oleh subsidi, ATP-WTP, kebijakan pesaing, dan sebagainya. Jasa pelayanan ditentukan oleh kebijakan rumah sakit atau profesi (Oktariyana et al., 2023). Oleh karenanya hasil penghitungan di atas perlu dibawa kedalam sebuah pertemuan tim tariff RS untuk menentukan konstanta apa yang berpengaruh dan berapa besarannya.

 Langkah selanjutnya dalam tahap penelitian ini adalah membandingkan hasil penambahan unit cost dan jasa pelayanan dengan rekening tagihan pasien, hasil klaim BPJS yang diterima RS, tariff INA-CBGs sesuai dengan Permenkes nomor 59 tahun 2014, Permenkes nomor 52 tahun 2016, dan Permenkes nomor 64 tahun 2016 (Handayani et al., 2018). Rekening tagihan pasien yang dimaksud merupakan biling pada pasien yang mengguinakan clinical pathway. Perbandingan ini dilakukan untuk melihat perbedaan yang ada antara biaya yang dikeluarkan RS dalam melakukan pelayanan SC Tanpa Penyulit, iur bayar dari pasien karena naik kelas, pembayaran yang diterima dari BPJS, serta tarif INA CBGs yang berlaku saat implementasi dilakukan dan tarifINA CBGs yang berlaku saat ini.

 Sementara itu untuk melengkapi perbandingan, dilakukan perhitungan rata-rata billing untuk pasien umum di tiap kelas perawatan. Kelas III didapatkan hasil Rp. 6.052.962; kelas II sebesar 7.530.748 kelas I Rp. 8.410.679; kelas utama Rp. 7.893.261; dan kelas VIP Rp. 11.054.536.

 Berdasarkan data diatas maka dapat dihitung case recovery rate (CRR) antara pasien umum dibandingkan dengan hasil penghitungan unit cost dan jasa pelayanan untuk tiap kelas.

CRR1=$\frac{Rata-rata tagihan pasien umum suatu kelas}{Unit cost dan jasa pelayanan pada kelas yang sama}$

 Hasil penghitungan *Case Recovery Rate* dari rata-rata tagihan pasien umum dibandingkan dengan unit cost dan jasa pelayanan dapat dilihat pada tabel 3.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kelas Perawatan | Penghitungan Unit Cost Dan Jasa Pelayanan | Tagihan Pasien Umum | CRR (100%) |
| Eracs Plasenta Previa | 8.474.285 | 12.500.000 | 147,50% |
| Konvensional Plasenta Previa | 8.918.227 | 140,16 % |
| Eracs CPD | 8.404.535 | 148,72 % |
| Konvensional CPD | 8.848.477 | 141,26 % |
| Eracs Letak Sungsang | 8.436.785 | 148,16 % |
| Konvensional Letak Sungsang | 8.880.727 | 140,75 % |

 Penghitungan dilakukan dua kali mengingat dalam FGD kedua tergali informasi bahwa dalam menghitung baiaya dasar untuk tariff, RS X belum memasukkan factor depresiasi gedung. Hasil penghitungan diatas menunjukkan bahwa tarif pasien umum yang selama ini berlaku mendekati hasil penghitungan unit cost bila ditambahkan dengan jasa pelayanan. Tabel tersebut juga memaparkan bahwa setelah komponen yang dihitung serupa, ternyata CRR meningkat walaupun sedikit. Hal ini menunjukkan bahwa keuntungan yang diambil RS sangat minimal untuk kasus dengan tindakan SC tanpa penyulit karena mendekati total biaya yang dikeluarkan baik unit cost, sarana, maupun jasa pelayanan.

 Penghitungan CRR dapat pula dilakukan antara tarif INA CBGs dibandingkan dengan hasil penghitungan unit cost dan jasa pelayanan untuk tiap kelas. Selama penelitian ini dilakukan telah terjadi dua kali revisi standar tarif INA CBGs yaitu Permenkes nomor 52 tahun 2016. Sebulan diterbitkan, Permenkes ini telah direvisi kembali dengan Permenkes nomor 64 tahun 2016. Namun perubahan perubahan tariff INA CBGs untuk kasus SC hanya terjadi pada revisi pertama yaitu Permenkes nomor 52 tahun 2016 dimana SC Ringan kelas II sebesar Rp. 5.306.800 dan kelas I sebesar Rp. 6.191.000.

 Perhitungan CRR2 dilakukan dua kali yaitu berdasarkan Permenkes nomor 59 tahun 2014 dan Permenkes nomor 52 tahun 2016/ Permenkes nomor 64 tahun 2016. Penghitungan ini mengasumsikan bahwa komponen yang terlibat dalam penetapan tariff sama dengan komponen yang terlibat dalam penghitungan unit cost. Diasumsikan bahwa *investment cost* sudah diperhitungkan. Hasil yang didapat dapat diamati pada tabel 4.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kelas Perawatan | Penghitungan Unit Cost dan Jasa Pelayanan | Tarif INA Cbgs Kelas III | CRR (100%) |
| Permenkes 03/2023 |  |
| Eracs Plasenta Previa | 5.171.195 | 4.521.100 | 87,43 % |
| Konvensional Plasenta Previa | 5.615.137 | 80,51 % |
| Eracs CPD | 5.101.445 | 88,62 %  |
| Konvensional CPD | 5.545.387 | 81,52 % |
| Eracs Letak Sungsang | 5.133.695 | 88,06 % |
| Konvensional Letak Sungsang | 5.576.670 | 81,06 % |

 Penghitungan CRR2 menunjukkan bahwa perbandingan tarif INA CBGs berdasarkan Permenkes no 59 tahun 2014 dengan hasil penghitungan unit cost dan jasa pelayanan yang berlaku adalah 58,62% untuk perawatan kelas II dan 61,08% untuk kelas I. Hal ini menunjukkan beban RS untuk menutup kekurangan biaya operasional berkisar 40%. Manajemen Rumah Sakit perlu mencari peluang lain untuk dapat menutup kekurangan tersebut dan meningkatkan revenue dari sektor lain.

 Penghitungan CRR2 berdasarkan Permenkes no 52 tahun 2016 dan no 64 tahun 2016 menunjukkan sedikit peningkatan. Tagihan yang diterima untuk memberikan pelayanan SC tanpa penyulit di kelas II 70,89% dari unit cost dan jasa pelayanannya. Untuk kelas I 73,88%. Meskipun telah terjadi peningkatan tariff INA CBGs, namun RS masih memiliki beban operasional bila memberikan pelayanan SC tanpa penyulit. Selisih biaya yang menjadi beban RS menjadi sekitar 26 sampai dengan 29%. 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.

 Hasil perbandingan tersebut kemudian dibawa ke dalam Focus Group Discussion. Agenda FGD adalah menganalisis hasil dan tindak lanjut kebijakan internal RS dalam program JKN. FGD dihadiri oleh 16 orang anggota Tim Tarif RS X Pati. Tim terdiri dari Direktur,Wakil Direktur Non Medis, Wakil Direktur Medis, Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala Bidang Penunjang Medis,Kepala Bagian Keuangan, Staf Bagian Keuangan, Kepala Unit VK (kamar bersalin), Satuan Pengawas Internal, Ketua Tim Mutu dan Kendali Biaya, Verifikator Internal,Dokter IGD, serta Ketua Badan Penasehat Harian RS X.

P**ENUTUP**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat diambil kesimpulan penelitian sebagai berikut: a) *Clinical Pathways SC* tanpa penyulit telah tersusun. Dalam proses penelitian ditambahkan penyusunan *Clinical Pathways* penanganan Bayi Baru Lahir Sehat melalui Seksio Sesarea tanpa penyulit mengingat klaim BPJS untuk bayi baru lahir sehat digabung dengan klaim ibu. b) *Clinical Pathways* yang disusun pada tahap sebelumnya telah diimplementasikan pada pasien BPJS. c) Hasil penghitungan unit cost menunjukkan adanya perbedaan antara biaya yang dikeluarkan RS dalam menyelenggarakan SC tanpa penyulit dan standar tarif INA CBGs. Plafon INA CBGs tidak dapat menutup pengeluaran RS dalam memberikan pelayanan SC tanpa penyulit. d) 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. e) Analisis biaya diharapkan dapat menjadi trigger dalam menentukan arah kebijakan RS karena analisa biaya mampu menyajikan data dengan baik. f) Kebijakan RS X menghadapi program JKN diantaranya yaitu: 1) Meninjau kembali struktur tarif RS. 2) Meningkatkan peran tim kendali mutu dan kendali biaya sebagai salah satu alat cost containment dengan memberikan raport pelayanan JKN maing-masing dokter dalam rapat komite medis. 3) Meningkatkan CoB sebagai peluang income generating dengan meningkatkan kualitas pelayanan.

**DAFTAR PUSTAKA**

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 Caesaria 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 Caesar 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: Sudakah 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.

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). Ketidakpatuhan Dokter Spesialis Obsgin Dalam Melaksanakan Clinical Pathway. *Syntax Idea*, *3*(4), 883–901.

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 Caesar : 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.

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.

Sumiati, S., Witcahyo, E., & Ramani, A. (2020). Analisis Biaya Satuan (Unit Cost) Dengan Metode Activity Based Costing (Abc) Di Poliklinik Jantung Rsu 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 Caesaragus. *Jurnal Medika Hutama*, *03*(02), 2386–2391.