

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) diatur dalam Undang-Undang no. 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), menyebutkan bahwa JKN merupakan bagian dari SJSN yang diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas yang bersifat wajib. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan jaminan sosial (UU RI, 2004). Program JKN yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) kesehatan merupakan upaya memberikan perlindungan kesehatan kepada peserta untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (PMK RI, 2014).

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) adalah fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS (PMK RI, 2013). Sistem JKN menggunakan skema rujukan berjenjang yang dimulai pelayanan primer dari FKTP lalu dilanjutkan ke FKTL (Dharmawan & Thabrany, 2017).

Pelayanan primer pada pelayanan kedokteran gigi yang ditanggung oleh BPJS antara lain konsultasi, pencabutan gigi sulung, pencabutan gigi permanen, *scalling*, tumpatan menggunakan resin komposit, tumpatan menggunakan *glass ionomer cement*, premedikasi/pemberian obat, *pulp capping*, dan kegawat daruratan oro-dental (Dewanto & Lestari, 2014). Menurut Peraturan Presiden no. 12 tahun

2013 tentang Jaminan Kesehatan, menteri kesehatan menetapkan tarif pelayanan yang dijadikan sebagai bahan acuan dalam menyelenggarakan jaminan kesehatan (Perpres RI, 2013).

Sistem pembayaran pada era JKN dibagi atas dua, pelayanan primer dan pelayanan sekunder. Pelayanan primer menggunakan sistem kapitasi. Sedangkan pelayanan sekunder menggunakan sistem *Diagnosis Related Group* (DRG), dimana pembayaran berdasarkan kelompok diagnosa, di Indonesia istilah ini dikenal sebagai *Indonesia Case Based Group* (INA CBG's) (Dewanto & Lestari, 2014).

Dana kapitasi adalah besaran pembayaran yang diberikan kepada FKTP perbulan yang dilakukan dimuka berdasarkan peserta yang mendaftar tanpa mempertimbangkan jenis dan pelayanan kesehatan yang nantinya akan diberikan (PMK RI, 2016). Dana kapitasi bervariasi besarnya berdasarkan fasilitas kesehatan. Dana kapitasi puskesmas berkisar Rp 3.000,00 sampai Rp 6.000,00. Dana kapitasi klinik pratama dan praktek dokter berkisar Rp 8.000,00 sampai Rp 10.000,00. Sedangkan dana kapitasi praktek dokter gigi mandiri sebesar Rp 2.000,00 (PMK RI, 2016). Dana kapitasi pada klinik pratama berlaku sebanyak Rp 8.000,00 jika klinik tersebut tidak memiliki dokter gigi didalamnya. Sedangkan jika klinik pratama memiliki dokter gigi, dana kapitasinya yaitu Rp 10.000,00. Namun, berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, pembagian dana kapitasi tersebut menjadi kebijakan internal karena tidak adanya panduan-panduan umum yang mengikuti (Dewanto & Lestari, 2014).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh pokja pembiayaan khusus PB PDGI yang terdapat di dalam Dewanto & Lestari (2014), dana kapitasi untuk

dokter gigi untuk pelayanan kesehatan gigi primer yaitu sebesar Rp 3.208,00. Hal ini menunjukkan bahwa dana kapitasi yang ditetapkan oleh pemerintah sebesar Rp 2.000,00 dianggap kecil bagi dokter gigi yang bekerja di FKTP. Dana kapitasi sebesar Rp 2.000,00 berdampak pada dilakukannya penyesuaian perhitungan utilisasi serta jenis tindakan yang ditentukan. Penyesuaian perhitungan ini akan berdampak pada keuangan dokter gigi dan mutu pelayanan yang akan dilaksanakan menjadi terbatas. Pengurangan dilakukan agar penetapan dana kapitasi sesuai dengan tindakan yang dilakukan, sehingga pemberian obat yang diberikan dalam beberapa tindakan perawatan tidak dapat dimasukkan ke dalam paket manfaat kapitasi (Dewanto & Lestari, 2014). Menurut permasalahan yang ditemukan tentang biaya kapitasi dokter gigi di FKTP, maka dibutuhkan penghitungan kembali biaya kapitasi tersebut. *Unit cost* dapat menjadi pedoman dalam memperhitungkan tarif kapitasi yang sebenarnya.

Biaya kapitasi dipengaruhi oleh utilisasi pelayanan dan *unit cost*. Utilisasi pelayanan kesehatan adalah interaksi antara masyarakat sebagai pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan yang bekerja melayani masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Tingkat utilisasi (*Utilization Rate*) adalah peluang terjadinya suatu pelayanan kesehatan. Untuk mengetahui rasio utilisasi dapat dilakukan dengan rumus jumlah kunjungan pasien dalam satu bulan dibagi dengan total jumlah peserta dikalikan dengan 100% (Dewanto & Lestari, 2014). Angka utilisasi rata-rata untuk puskesmas sebesar 15% (Depkes, 2009). Utilisasi yang ada di askes (sebelum program JKN) rata-rata masih dibawah 1% (Dewanto & Lestari, 2014).

Unit cost adalah perkiraan jumlah biaya yang dilakukan pada setiap pelayanan atau perawatan yang berdasarkan pada perhitungan tarif yang berlaku umum (Dewanto & Lestari, 2014). *Unit cost* juga dapat digunakan untuk menentukan tarif biaya yang diperlukan agar tidak terjadinya ketimpangan penetapan tarif biaya pada klinik pratama untuk pasien mandiri. *Undercosting* dan *overcosting* dapat terjadi jika penghitungan *unit cost* tidak dilakukan (Hilfi dkk, 2015).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Febrian (2019), terdapat perbedaan jumlah *unit cost* pada tiap FKTP yang disebabkan karena distribusi sumber daya manusia yang tidak merata. Biaya untuk sumber daya manusia paling banyak mempengaruhi besarnya *unit cost* (Febrian dkk, 2019). Penelitian lain yang dilakukan oleh Febrian (2020), terdapat perbedaan total perhitungan *unit cost* yang dilakukan di klinik pratama perkotaan dan pinggiran kota di kota Padang. *Unit cost* di perkotaan sebesar US\$5.26 dan dipinggiran kota sebesar US\$5.36. *Cost pool* tertinggi ditunjukkan pada gaji dan bonus dokter gigi dan perawat gigi. Gaji dan bonus dokter gigi dan perawat gigi klinik di pinggiran kota lebih besar daripada klinik di kota. *Unit cost* tiap tindakan perawatan gigi tidak jauh berbeda antara klinik di kota dan klinik di pinggiran kota (Febrian dkk, 2020). Berdasarkan hal tersebut maka dilakukan penelitian di berbagai daerah untuk mengetahui ketimpangan *unit cost* di tiap FKTP.

Perhitungan *unit cost* dapat dilakukan dengan beberapa metode. Salah satu metodenya yaitu *activity based costing* (ABC). *Activity based costing* (ABC) merupakan sebuah metode untuk menentukan *unit cost* berdasarkan aktivitas dan sumber daya yang digunakan untuk melakukan aktivitas tersebut. Sistem ini

direkomendasikan untuk dilakukan pada perhitungan biaya pelayanan kesehatan, terutama pada saat menentukan standar biaya penuh per tiap pelayanan (Afrida dkk, 2013). Menurut Kuchta & Zabek (2011), konsep metode *activity based costing* (ABC) berasal dari biaya langsung dan tidak langsung, aktivitas fasilitas yang ada di tiap layanan, aktivitas pelayanan, serta pemicu biaya (Rahmaniar & Rochmah, 2017).

Metode ABC dalam menentukan biaya yang terjadi akan memberikan informasi yang lebih akurat karena menggunakan lebih dari satu *cost driver*. Aktivitas merupakan kegiatan pusat dalam metode ABC sehingga klinik pratama haruslah memiliki *intregated clinical pathway*, dimana nantinya akan dituangkan dalam standar prosedur operasional (SPO) sehingga memperjelas alur pelayanan pasien (PMK RI, 2013). *Clinical pathway* adalah alur yang menunjukkan secara detail tahap-tahap penting dari pelayanan kesehatan, termasuk hasil yang diharapkan. Informasi yang ada di dalam *clinical pathway* dapat menjadi data dasar metode ABC (Hilfi dkk, 2015).

Penerapan sistem ABC dapat membantu dalam mengelola organisasi lebih baik dan dalam menciptakan nilai tambah (Ahmed dkk, 2011). Hal tersebut dapat dilakukan dengan pengubahan aktivitas, pengurangan aktivitas, penghapusan aktivitas, maupun pembagian aktivitas. Sistem ABC juga dapat mengevaluasi tarif biaya dan menetapkan standarisasi pelayanan sehingga klinik pratama dapat memonitor aktivitas dengan baik (Rahmaniar & Rochmah, 2017).

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian mengenai berapa besar *unit cost* pelayanan kesehatan gigi dengan menggunakan metode *activity based costing* di klinik Evasha Lubuk Basung

Kabupaten Agam pada era Jaminan Kesehatan Nasional. Pada klinik ini tindakan perawatan pelayanan gigi yang ditanggung BPJS yaitu konsultasi, pencabutan gigi permanen, pencabutan gigi sulung, restorasi resin komposit pada dewasa, restorasi GIC pada anak, premedikasi, dan *pulp capping*.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan tersebut, rumusan masalah yang ditemukan adalah berapa besar *unit cost* pelayanan kesehatan gigi dengan menggunakan metode *activity based costing* di klinik Evasha Lubuk Basung Kabupaten Agam pada era Jaminan Kesehatan Nasional.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui berapa besar *unit cost* pelayanan kesehatan gigi dengan menggunakan metode *activity based costing* di klinik Evasha Lubuk Basung Kabupaten Agam pada era Jaminan Kesehatan Nasional.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui besar *unit cost* pelayanan konsultasi medis dengan menggunakan metode *activity based costing* di klinik Evasha Lubuk Basung Kabupaten Agam pada era Jaminan Kesehatan Nasional.
2. Mengetahui besar *unit cost* pelayanan pencabutan gigi sulung dengan menggunakan metode *activity based costing* di klinik Evasha Lubuk Basung Kabupaten Agam pada era Jaminan Kesehatan Nasional.

3. Mengetahui besar *unit cost* pelayanan pencabutan gigi permanen dengan menggunakan metode *activity based costing* di klinik Evasha Lubuk Basung Kabupaten Agam pada era Jaminan Kesehatan Nasional.
4. Mengetahui besar *unit cost* pelayanan tumpatan menggunakan resin komposit pada dewasa dengan menggunakan metode *activity based costing* di klinik Evasha Lubuk Basung Kabupaten Agam pada era Jaminan Kesehatan Nasional.
5. Mengetahui besar *unit cost* pelayanan tumpatan menggunakan *glass ionomer cement* pada anak dengan menggunakan metode *activity based costing* di klinik Evasha Lubuk Basung Kabupaten Agam pada era Jaminan Kesehatan Nasional.
6. Mengetahui besar *unit cost* pelayanan premedikasi/ pemberian obat dengan menggunakan metode *activity based costing* di klinik Evasha Lubuk Basung Kabupaten Agam pada era Jaminan Kesehatan Nasional.
7. Mengetahui besar *unit cost* pelayanan *pulp capping* dengan menggunakan metode *activity based costing* di klinik Evasha Lubuk Basung Kabupaten Agam pada era Jaminan Kesehatan Nasional.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan peneliti dalam menghitung *unit cost* pelayanan kesehatan gigi di klinik pratama dengan menggunakan metode *activity based costing*.

1.4.2 Bagi Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Andalas

Menjadi bahan rujukan dalam pengembangan penelitian lanjutan mengenai perhitungan *unit cost* pelayanan kesehatan gigi di klinik pratama.

1.4.3 Bagi Pemerintah

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan pemerintah sebagai sumber informasi, rujukan, dan bahan pertimbangan dalam menetapkan tarif kapitasi pada pelayanan kesehatan gigi di klinik pratama.

1.4.4 Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan peneliti selanjutnya sebagai sumber referensi untuk pengembangan penelitian dalam menghitung *unit cost* pelayanan kesehatan gigi di klinik pratama dengan menggunakan metode *activity based costing*.



