

Pendampingan Perhitungan Unit Cost Rumah Sakit Jiwa

Helmy Adam ¹⁾

¹Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Brawijaya
email: helmyadam@ub.ac.id

Abstract

This assistance aims to assist Mental Hospital “XXX” in calculating the unit cost in determining the rate of charge to patients in accordance with the actual service costs. The method used in this service is a case study with data collection methods in the form of observation through focus group discussions, interviews and documentation. The analysis used is quantitative based on data interpretation by delivering information in the form of texts and narratives. The results of the unit cost calculation show that the government's financing/subsidy policy, targeted service capacity/volume policy, and efficiency policy for the use of drugs and medical supplies have significant influence on the unit cost. If this is not paid attention to, RSJ will not be able to compete with similar hospitals, resulting in a decrease in the level of cost recovery rate (CRR)..

Keywords: Unit Cost; Mental Hospital; activity based costing

1. PENDAHULUAN

Rumah sakit jiwa (RSJ) memegang peran penting dalam pembangunan kesehatan jiwa di Indonesia terutama dalam mengembalikan keberfungsional sosial para penyandang penyakit jiwa (Ekasari & Augus, 2020). Rumah sakit jiwa memiliki fungsi sosial paling tinggi dibandingkan dengan jenis rumah sakit yang lain karena pasien yang ditangani umumnya merupakan pasien yang memiliki kemampuan ekonomi yang rendah, karena secara psikis para penyandang gangguan jiwa tidak memungkinkan memperoleh penghasilan sendiri dan menjadi beban sosial bagi keluarga dan masyarakat (Daulima et al., 2019; E. Puspitasari, 2017). Sumber pembiayaan RSJ berasal dari pembiayaan pemerintah baik melalui mekanisme Kartu Indonesia Sehat (KIS) maupun pembiayaan dari dana APBN/APBD untuk keperluan operasional maupun pengembangan (Yana et al., 2023). Beberapa pasien RSJ bahkan merupakan pasien yang berasal dari Panti Sosial (Liponsos) Dinas Sosial dengan pembiayaan murni sosial dengan tingkat kesembuhan penyakit yang tidak dapat diprediksi (N. Z. Puspitasari & Nawangsari, 2022). Hal inilah menjadikan gaya pengelolaan RSJ cukup berbeda dengan gaya manajemen RS non Jiwa, meskipun RSJ ditetapkan oleh pemerintah sebagai RS yang menerapkan sistem pengelolaan keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

Sistem BLUD sesuai dengan Permendagri 79 Tahun 2018 merupakan sistem yang diterapkan pada instansi pemerintah dengan menerapkan praktik bisnis yang sehat dengan tidak mengutamakan perolehan keuntungan. Sistem ini diharapkan akan meningkatkan kemandirian keuangan BLUD (Ariyani, 2021). Namun demikian, karena karakteristik RSJ yang memiliki orientasi sosial yang tinggi, menjadikan tingkat kemandirian RSJ akan menjadi lebih rendah, sebab RSJ masih membutuhkan dukungan pendanaan dari pemerintah yang relatif tinggi dibandingkan dengan tipe RS yang lain.

Perhitungan besaran dukungan pemerintah dapat ditunjukkan tingkat *cost recovery rate* (CRR) pada RS. CRR kurang dari 100% berarti menunjukkan masih adanya subsidi dari pemerintah ($\text{subsidi} = 100\% - \text{CRR}$). Nilai subsidi per produk layanan juga dapat dilihat dari selisih antara tarif layanan – biaya per unit. Apabila tarif layanan lebih rendah dari biaya per unit, mengindikasikan bahwa pemerintah telah melakukan subsidi kepada RS.

Berkaitan dengan hal tersebut di atas, RSJ perlu untuk mengidentifikasi biaya per unit layanan (*unit cost*) dalam rangka penentuan tarif layanan. Permasalahan yang dihadapi oleh RSJ “XXX” adalah (1)tarif layanan yang berlaku saat ini sudah cukup lama (> 10 tahun) sehingga menyebabkan jumlah subsidi pemerintah daerah terus

meningkat, (2)RS tidak memiliki perhitungan biaya per unit layanan, sehingga tidak dapat mengusulkan perubahan tarif layanan, (3)RS tidak dapat mengevaluasi efisiensi dan pemborosan yang terjadi karena tidak memiliki unit cost standar.

Tujuan dari kegiatan pengabdian masyarakat ini adalah memberikan pendampingan penyusunan unit cost di RSJ "XXX" sehingga RSJ dapat (1)menentukan *unit cost* dari layanan yang diselenggarakan (2)mengusulkan perubahan tarif sesuai dengan unit costnya dan (3)mengevaluasi efisiensi biaya yang terjadi. Sering dengan implementasi tarif INA-CBGs di dalam klaim asuransi BPJS kesehatan, unit cost menjadi penting untuk melihat surplus/defisit atas klaim yang dibayarkan oleh BPJS.

Adapun rencana/skenario pemecahan masalah yang akan dilakukan adalah dengan melakukan pendampingan dalam melakukan (1)identifikasi semua biaya-biaya yang terjadi di RSJ, (2)pemisahan biaya berdasarkan sumber pembiayaannya (dari APBD atau BLUD), (3)pembebanan biaya kepada produk dengan menggunakan *Activity Based Costing* (ABC), dan (4)perhitungan tarif dengan menggunakan skenario subsidi dari APBD. Pengeunaan tarif dengan subsidi masih diperlukan terutama untuk pasien jiwa karena mempertimbangkan aspek sosial dan ekonomi dari pasien dan tanggungjawab pemerintah (Puspitawati, 2014).

Artikel ini tidak memberikan informasi berkaitan dengan besaran nominal rupiah perhitungan dan analisis sesuai dengan kesepakatan dengan RSJ dengan pihak pendamping. Namun demikian, model praktik perhitungan yang disajikan dapat menunjukkan skema teknis kerja perhitungan *unit cost* RSJ yang dapat dipraktikkan pada RSJ yang lainnya.

2. METODE

Program pengabdian akan dilaksanakan dalam beberapa tahapan, di antaranya (1)tahapan persiapan, (2)tahapan pengumpulan data, (3)tahapan perhitungan dan analisis, (4)tahapan pembahasan awal hasil perhitungan, (5)penyesuaian/perbaikan hasil, (6)pembahasan hasil akhir, dan (7)pengusulan peraturan kepada daerah tentang tarif layanan BLUD.

Tahapan persiapan dilaksanakan dengan tujuan untuk mempersiapkan tim internal RSJ untuk melakukan melakukan pengumpulan data dan perhitungan. Pada tahap ini, pendamping memberikan arahan dalam (1)pembentukan tim internal RSJ termasuk komposisinya, (2)memberikan penjelasan tentang metode perhitungan yang akan diterapkan dan (3)menjelaskan kebutuhan data yang diperlukan.

Tabel 1 Tahapan Kegiatan

No	Tahapan	Jumlah Meeting	Durasi (Hari)
1	Persiapan	1	1
2	Pengumpulan Data	4	20
3	Perhitungan dan analisis awal	2	15
4	Pembahasan awal hasil	1	2
5	Penyesuaian/perbaikan hasil	3	15
6	Pembahasan hasil akhir	2	2
7	Pelaporan hasil pengabdian	1	10
	Total	14	65

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1. Pengumpulan Data

Tahapan Pengumpulan Data dilaksanakan dengan tujuan untuk memfasilitasi tim internal untuk mengumpulkan data melalui dokumentasi, observasi dan interview. Pada tahapan ini, pendamping memberikan Kertas Kerja dalam bentuk *spreadsheet* yang berupa:

1. Kertas Kerja Produk Layanan dan Tarif Eksisting
2. Kertas Kerja Biaya per Unit Kerja
3. Kertas Kerja Biaya Tidak Langsung per unit kerja
4. Kerta Kerja Biaya Langsung per unit kerja
5. Kertas Kerja Biaya Langsung per produk layanan
6. Kertas Kerja Cost Driver
7. Kertas Kerja Kapasitas Produk Layanan

Dalam pengisian kertas kerja tersebut, tim internal menggunakan data laporan realisasi belanja per unit kerja yang dikombinasikan dengan observasi dan wawancara pada pemberi pelayanan.

3.2. Perhitungan dan Analisis

Tahapan perhitungan dan analisis dilakukan dengan melakukan pendampingan proses:

1. Pembebanan biaya tidak langsung pada tingkat RS ke tingkat unit kerja dengan cara (a)menentukan dasar pembebanan ke unit kerja dengan cost driver yang relevan, (b)membebankan biaya tingkat RS ke unit kerja baik *cost centre* maupun *revenue centre* (c)membebankan biaya dari unit kerja *cost centre* ke *revenue centre*. Dalam proses ini, data sudah teridentifikasi berdasarkan sumber pendanaanya dengan skenario :

Tabel 2 : Biaya Tidak Langsung

No	Sumber Dana	Biaya
1	APBD	Gaji PNS dan PPK
		Penyusutan Aset Tetap (asumsi pembelian aset tetap dari APBD)
2	BLUD	Gaji Tenaga BLUD
		Utilitas dan Pemeliharaan
		Administrasi Perkantoran
		Operasional Lainnya

Beberapa dasar alokasi yang digunakan adalah (a)jumlah pegawai, (b)jumlah aset yang dikelola, (c)jumlah pendapatan, (d)jumlah pagu belanja unit kerja

2. Pembebanan biaya tidak langsung unit kerja *revenue centre* ke aktivitas dengan menggunakan *cost driver* berbasis waktu (*time driven ABC*) yang relevan. Penggunaan TDABC memudahkan pembebanan biaya tidak langsung per aktivitas ke produk (Balakrishnan et al., 2018)

Tabel 3 : Activity Driver

No	Aktivitas	Cost Driver
1	Administrasi dan rekam medik	Menit
2	Penyiapan Pelayanan/Produk	Menit
3	Penanganan Pasien/Produk	Menit
4	Klaim Asuransi	Menit

3. Pembebanan biaya tidak langsung per aktivitas kepada setiap produk dengan

cost driver waktu yang dikombinasikan dengan metode *Relative Value Unit* (RVU) dengan komposisi (a)waktu (b)kompetensi, dan (c)kompleksitas. Untuk waktu menggunakan satuan menit, kompetensi menggunakan skor 0 s.d. 100. Metode RVU membantu terutama dalam membebankan biaya pada produk layanan yang menggunakan fasilitas atau aktivitas yang homogen (Amir et al., 2011; Baadh et al., 2016)

Tabel 4 : Relative Value Unit (RVU)

No	Aktivitas	Cost Driver
1	Time	Index 0 - 100
2	Kompetensi	Index 0 - 100
3	Kompleksitas	Index 0 - 100

4. Pembebanan biaya langsung ke produk layanan dengan menggunakan *direct method* yaitu Obat dan BMHP serta Jasa Pelayanan. Dalam hal jasa pelayanan tidak dapat teridentifikasi ke produk secara langsung (karena bersifat paket) maka pembebanan ke produk menggunakan metode RVU sebagaimana tercantum pada Tabel 4.
5. Perhitungan unit cost yang dengan membagi total biaya langsung + tidak langsung per produk dengan volume pelayanan yang ditetapkan.

Tabel 5 : Kapasitas Pelayanan Per Tahun (Contoh)

No	Produk Layanan	Kapasitas		
		Optimum	% Target	Target
1	Pasan Kateter	1000	50%	500
2	Angkat Jahitan	4000	70%	2800

$$\text{Unit cost} = \frac{\text{Total Direct} + \text{Indirect Cost}}{\text{Kapasitas Target}}$$

6. Perhitungan tarif layanan dengan berbagai alternatif skenario sebagai berikut :
 - *Cost minus pricing* → tarif = unit cost tanpa biaya subsidi APBD
 - *Cost equal pricing* : tarif = unit cost total
 - *Cost plus pricing* → tarif = unit cost + markup
7. Perbandingan tarif layanan hasil perhitungan dengan tarif pesaing. Dalam proses ini, tarif yang telah dihitung dari

berbagai skenario dibandingkan dengan tarif layanan pada kelas rumah sakit yang sama.

3.3. Pembahasan Hasil

Berdasarkan hasil perhitungan *unit cost* dan tarif layanan yang dilakukan oleh tim, terdapat beberapa hasil yang dapat dicermati :

- a. Semua *unit cost* dalam skenario apapun berada di atas tarif Perda yang ditetapkan di Kelas III. Artinya, rumah sakit memang masih membutuhkan subsidi dari dana APBD
- b. Sebagian *unit cost* dalam skenario *full cost* berada di atas tarif yang ditetapkan Direktur, dan sebagian lainnya berada di bawahnya
- c. Sebagian *unit cost* dalam skenario subsidi berada di bawah tarif yang ditetapkan Direktur, namun juga ada yang berada di atas tarif Direktur
- d. Sebagian *unit cost* berada di atas tarif pesaing sejenis, dan sebagian lainnya berada di bawahnya

Berdasarkan hasil analisis tersebut, pendamping bersama dengan tim internal melakukan pengkajian ulang atas perhitungan yang dilakukan, dan ditemukan beberapa hal signifikan yang berpengaruh terhadap *unit cost* yaitu :

- a. Penetapan kapasitas optimum maupun tingkat okupansi yang terlalu rendah. Unit kerja dan pemberi pelayanan menggunakan data historis yang terjadi, dan tidak melihat kapasitas yang seharusnya. Kapasitas target yang terlalu rendah yang berlaku sebagai pembagi *total cost* menjadikan *unit cost* menjadi tinggi
- b. Beberapa indeksasi RVU masih belum dilakukan secara cermat oleh tim. Sebagai bilangan relatif, seharusnya setiap komponen RVU suatu produk harus dibandingkan dengan produk yang lain pada aktivitas / unit kerja yang sama.
- c. Pembebanan jasa pelayanan ke produk seharusnya menggunakan kapasitas aktual yang terjadi
- d. Perhitungan pembebanan Obat dan BMHP ke produk cenderung terlalu boros. Beberapa obat/BMHP yang dapat dipakai di beberapa produk/aktivitas dihitung langsung habis, padahal seharusnya dapat digunakan beberapa

kali, misalnya penggunaan reagen dan APD.

Pada proses pembahasan ini, manajemen menyadari bahwa tingginya *unit cost* yang terjadi umumnya berkaitan dengan (1) produktivitas penggunaan jam kerja yang tersedia, (2) rendahnya volume pelayanan, dan (3) penggunaan obat/BMHP yang belum terkontrol secara cermat. Berkaitan dengan hal ini, manajemen bersama pendamping bersepakat bahwa dalam rangka mengoptimalkan sumber daya yang tersedia, RSJ akan memprioritaskan untuk pengembangan layanan non-jiwa agar (1) dapat meningkatkan pendapatan, dan (2) mengoptimalkan SDM, peralatan, dan fasilitas yang tersedia.

3.3. Penyesuaian Perhitungan

Setelah disepakati skenario yang diterapkan sesuai dengan hasil pembahasan bersama dengan manajemen, tim bersama pendamping melakukan perhitungan ulang atas *unit cost*. Berdasarkan penyesuaian yang disepakati, besaran *unit cost* lebih realistis dibandingkan dengan tarif yang ditetapkan direktur saat ini maupun dengan tarif pesaing. Selanjutnya, tim membuat analisis berdasarkan *managerial judgment* atas pilihan tarif yang ditetapkan dengan mempertimbangkan (a) kemampuan bayar pasien, (2) persaingan, dan (3) keterhubungan dengan tarif INA-CBGs. Pada proses ini, tim akan menentukan kenaikan tarif yang akan diusulkan kepada kepala daerah.

3.4. Pembahasan Akhir dan Finalisasi

Pada proses ini, besaran *unit cost* dan usulan tarif layanan dibahas bersama dengan manajemen dan dewan pengawas RSJ. Pada proses ini, masih terdapat koreksi terutama penyesuaian tarif layanan dengan (a) kebijakan pemerintah daerah berkaitan dengan prioritas program dan kegiatan, (b) harmonisasi dengan RSUD lain yang sama-sama dimiliki oleh Pemda, (c) kebijakan BPJS. Pada tahapan ini, tim melakukan perbaikan secara langsung hasil perhitungan *unit cost* dan tarif dan selanjutnya dibuat Berita Acara Kesepakatan Unit Cost dan Usulan Tarif Layanan

3.4. Pengusulan Tarif ke Kepala Daerah

Setelah *unit cost* dan tarif disepakati, tim menyusun rancangan Perkada Tarif yang

memuat mekanisme tarif dan besaran tarif. Hasil perhitungan *unit cost* menjadi bagian dari lampiran persyaratan pengusulan tarif layanan ke Kepala Daerah.

4. SIMPULAN

Kegiatan pengabdian masyarakat yang dilakukan dapat membantu mendukung proses perhitungan *unit cost* di RSJ baik untuk pengusulan tarif layanan maupun mengevaluasi efisiensi dan produktivitas saat ini. Hal yang terpenting dalam perhitungan *unit cost* adalah (1)kebijakan perhitungan yang diterapkan apakah memasukkan biaya subsidi atau tidak dan mempertimbangkan biaya penyusutan, (2)kebijakan kapasitas/volume yang diterapkan, dan (3)kebijakan standarisasi treatment dan pemakaian bahan per tindakan. Adapun dalam pengusulan tarif layanan berdasarkan *unit cost*, harus memperhatikan aspek (1)kebijakan pembiayaan RS dari Pemda dan BPJS, (2)program prioritas dari Pemda dan (3)persaingan industri sejenis. Dengan memperhatikan hal ini, diharapkan RSJ akan tetap dapat berkembang dan mampu bersaing dalam industri perumahsakit.

5. DAFTAR REFERENSI

- Amir, M. Y., Nurhayani, N., Arifin, M. A., Putra, P., & Suryaman, R. (2011). Analisis biaya satuan (*unit cost*) perjenis tindakan berdasarkan relative value unit (RVU) pada bagian persalinan RSUD Ajjapange Kabupaten Soppeng tahun 2011. *Jurnal Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 2(01), 8260.
- Ariyani, A. (2021). Kajian kemandirian keuangan badan layanan umum daerah bidang kesehatan pada masa pandemi Covid-19. *Jurnal Indonesia Sosial Teknologi*, 2(03), 311–322.
- Baadh, A., Peterkin, Y., Wegener, M., Flug, J., Katz, D., & Hoffmann, J. C. (2016). The relative value unit: history, current use, and controversies. *Current Problems in Diagnostic Radiology*, 45(2), 128–132.
- Balakrishnan, R., Koehler, D. M., & Shah, A. S. (2018). TDABC: Lessons from an Application in Healthcare. *Accounting Horizons*, 32(4), 31–47.
- Daulima, N. H. C., Rasmawati, R., & yulia Wardani, I. (2019). Penurunan kemampuan kepala keluarga dalam memenuhi kebutuhan ekonomi keluarga: studi fenomenologi pengalaman orang dengan gangguan jiwa paska pasung. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 22(2), 139–146.
- Ekasari, Y., & Augus, E. (2020). Peranan Rumah Sakit Jiwa Mahoni Dalam Mengembalikan Keberfungsian Sosial Eks Orang Dengan Gangguan Jiwa. *Jurnal Intervensi Sosial Dan Pembangunan (JISP)*, 1(1), 44–57.
- Puspitasari, E. (2017). Faktor Yang Mempengaruhi Kekambuhan Orang Dengan Gangguan Jiwa. *Jurnal Perawat Indonesia*, 1(2), 58–62.
- Puspitasari, N. Z., & Nawangsari, E. R. (2022). Strategi Dinas Sosial Dalam Penanganan Gelandangan Penderita Psikotik Di Lingkungan Pondok Sosial (Liponos) Keputih Surabaya. *JURNAL SOSIAL EKONOMI DAN HUMANIORA*, 8(4), 602–608.
- Puspitawati, D. I. (2014). Analisis kinerja kemandirian keuangan dan aktivitas layanan rawat inap utama pada badan layanan umum daerah rumah sakit jiwa menurut dengan metode activity based costing. *DiE: Jurnal Ilmu Ekonomi Dan Manajemen*, 10(1).
- Yana, N. I., Erina, L., & Mirani, D. (2023). ANALISIS KINERJA ANGGARAN KEGIATAN PEMELIHARAAN DAN PEMULIHAN KESEHATAN DI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH PROVINSI JAMBI PADA MASA PANDEMI COVID-19 TAHUN 2020. *Journal Ilmu Sosial, Politik Dan Pemerintahan*, 12(1), 143–156.