

ANALISIS PENGHEMATAN BIAYA RENCANA PELAYANAN AMBULATORY SURGERY

Eko Budi Setianto*

ABSTRAK

Krisis moneter atau krisis ekonomi yang terjadi saat ini, telah mengakibatkan menurunnya nilai penghasilan masyarakat Indonesia dan meningkatkan biaya operasional rumah sakit. Pelayanan Ambulatory Surgery diperkirakan dapat meringankan beban biaya pasien.

Penelitian yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran implikasi pelayanan Ambulatory Surgery di sebuah rumah sakit milik BUMN terhadap beban biaya pasien yang akan diperoleh melalui simulasi, menggunakan metode Eksperimental Kuasi tipe Simulatif dengan desain eksperimen Before & After atau One Group Pretest-Posttest Design melalui 151 sampel (Januari 1998 – Mei 1998).

Dari hasil penelitian ini diperoleh bahwa penghematan biaya per pasien rata-rata sebesar 26,4 %.

Disarankan agar melakukan upaya-upaya lainnya untuk meningkatkan kualitas & kuantitas pelayanan Ambulatory Surgery, melakukan efisiensi penggunaan obat, alat dan bahan habis pakai, penyesuaian pola tari Ambulatory Surgery serta pengusulan adanya kebijakan tentang pelayanan Ambulatory Surgery bagi pasien perusahaan.

PENDAHULUAN

Telah sama diketahui bahwa krisis moneter mempengaruhi berbagai sektor kehidupan. Dengan meningkatnya harga jasa pelayanan kesehatan yang disertai dengan menurunnya daya beli masyarakat, berbagai upaya harus dilakukan oleh pihak rumah sakit untuk mengatasi atau paling tidak mengurangi kesenjangan tersebut

tanpa mengurangi kualitas pelayanan yang diberikan.

Dari telaah pustaka didapat keterangan bahwa pelayanan *Day Surgery* atau *Day Care* atau *Ambulatory Surgery* merupakan salah satu bentuk proses pelayanan berupa tindakan bedah terhadap kasus-kasus tertentu tanpa memerlukan rawat inap sehingga dapat mengurangi bebar

*Dokter, Alumni
PS KRAS UI

Analisis Penghematan Biaya Rencana Pelayanan Ambulatory Surgery (Eko Budi Setianto)

PERPUSTAKAAN PUSAT

biaya bagi masyarakat/ pasien pengguna jasa tindakan operasi untuk kasus-kasus *Ambulatory Surgery*.

Perubahan-perubahan besar dalam pelayanan klinis anestesi dan teknik operasi telah terjadi sejak 15 tahun belakangan ini untuk menghasilkan *outcome* yang lebih *cost effective* dengan mengembangkan pelayanan *Ambulatory Surgery* yang tinggi.

Dengan prosedur pengelolaan pasien yang cukup ketat dari seleksi preoperatif sampai dengan prosedur pemulangan pasien, ditambah dengan layanan perawatan *on call* 24 jam di rumah dapat melengkapi kualitas pelayanan *Ambulatory Surgery* yang tinggi.

Telah dilaporkan bahwa pada tahun 1993 kurang lebih 55% dari seluruh tindakan operasi dapat diberikan pelayanan *Ambulatory Surgery*, apabila kecenderungan ini terus berlanjut maka pada 10 tahun mendatang akan mencapai 70%.

Ambulatory Surgery adalah salah satu upaya diversifikasi pelayanan yang termasuk memiliki potensi untuk mendatangkan keuntungan pada rumah sakit dan berbagai keuntungan lainnya bisa diperoleh dari layanan tersebut.

METODE PENELITIAN

Pada penelitian yang bertujuan untuk mengetahui efek/implikasi biaya dari pelayanan *Ambulatory Surgery* ini, akan menggunakan rancangan penelitian Eksperimental Quasi tipe Simulasi, manipulasi objek percobaan tidak benar-

benar dilaksanakan.

Desain/Rancangan eksperimen menggunakan desain "Before & After" atau *One Group Pretest – Postest Design*

Sampel dari penelitian ini adalah pasien-pasien yang menjalani tindakan operasi dengan kasus-kasus *Ambulatory Surgery* dan mendapatkan perawatan di unit rawat inap. Besar sampel dapat ditentukan melalui pendekatan estimasi proporsi atau sampling proporsional dengan rumus :

$$n = \frac{z^2 p q}{L^2}$$

- n = besaran sampel (kasus *Ambulatory Surgery* yang dirawat).
- Z = *confidence interval*
- P = proporsi dari variable tertentu pada pasien-pasien dengan kasus *Ambulatory Surgery* yang dirawat.
- q = (1 - p)
- L = *Tolerable error level*

Penelitian akan menentukan besaran dari *confidence interval* sebesar 95% sehingga akan diperoleh: z = 1,96

Dari hasil *presurvey* didapatkan hasil proporsi dari berbagai variabel dengan menggunakan rumus tersebut diatas dan menggunakan berbagai nilai L (*Tolerable error level*) yang telah disesuaikan dengan proporsi dari masing-masing variabel, maka didapatkan nilai n (besar sampel) terbesar adalah = 147.

Penelitian ini dilakukan di RS "A", Sebuah

Rumah Sakit Milik BUMN yang berlokasi di Jawa Barat, yang melibatkan Unit Kamar Bedah Sentral/Anestesi, Unit Perawatan dan Departemen Keuangan.

Cara Pengumpulan Data

Data diperoleh melalui instrumen-instrumen penelitian berupa formulir yang terdiri dari :

1. Formulir data pasien *Ambulatory Surgery* yang dirawat dan data diperoleh dari buku register pasien Unit Kamar Bedah/ Anestesi
2. Formulir data biaya pasien *Ambulatory Surgery* yang dirawat dan data diperoleh dari arsip keuangan (transaksi pasien) berbasis komputer.
3. Formulir simulasi, untuk pelayanan *Ambulatory Surgery* akan digunakan tarif tindakan untuk kelas II dengan tarif Rawat Jalan seperti Pola Tarif yang berlaku di RS "A".

Data yang telah dikumpulkan dianalisis untuk dapat mencapai tujuan penelitian.

Analisis penghematan biaya pasien.

Analisis biaya yang dapat dihemat oleh pasien dengan kasus *Ambulatory Surgery* dilakukan dengan perhitungan biaya pasien melalui simulasi menggunakan Pola Tarif tindakan bedah kelas II dengan persamaan seperti berikut:

Total biaya tanpa pelayanan *Ambulatory Surgery* = (Biaya Rawat Inap + Biaya visite dokter).

HASIL PENELITIAN

Data yang berhasil dikumpulkan berasal dari 151 pasien yang termasuk ke dalam kasus-kasus *Ambulatory Surgery* yang dirawat di Unit Rawat Inap RS "A".

Biaya yang dapat dihemat oleh pasien dengan kasus *Ambulatory Surgery* apabila pelayanan tersebut dilaksanakan dengan memberlakukan tarif Unit Kamar Bedah Kelas II (sesuai ketentuan Pola Tarif Rs "A" yang berlaku) adalah sebagai berikut:

Table 1

Biaya yang dapat dihemat oleh pasien *Ambulatory Surgery* Menurut jenis pasien (pekerjaan).

Jenis Pasien	Total Biaya (Rp)	Penghematan (Rp)	Rata-rata Hemat/pasien	Hemat (%)
Kary/Kel Perusahaan	135.827.575	39.768.362	509.851	27,27
Kary/Kel Anak Perusa-haan	23.074.190	7.138.924	594.910	30,94
Kary/Kel perusahaan lain	80.508.123	18.247.106	388.286	22,66
Pasien Umum	23.995.892	7.036.950	502.639	29,33
Total	273.405.780	72.191.342	478.088	26,40

Keterangan : Total biaya = Total biaya yang harus dibayarkan oleh pasien tanpa pelayanan *Ambulatory Surgery*

Analisis Penghematan Biaya Rencana Pelayanan *Ambulatory Surgery* (Eko Budi Setianto)

- (1) Dengan menggunakan Uji t berpasangan (*Paired t test*) terhadap penghematan biaya pasien, didapatkan nilai $p < 0,05$, $H_a : \delta \neq 0$.
- (2) Total biaya yang dapat dihemat rata-rata per bulan = Rp. 16.042.520.

Ambulatory Surgery secara keseluruhan sebesar Rp. 72.191.342,- (26,40%) rata-rata per bulan sebesar Rp. 16.042.520,- atau rata-rata per pasien dapat menghemat sebesar Rp. 478.088,- dengan melalui uji statistik didapatkan bahwa penghematan tersebut sangat bermakna.

Tabel 2
Penghematan Biaya oleh Pasien *Ambulatory Surgery* Menurut Kelas Perawatan.

Kelas Perawatan	Total Biaya (Rp)	Penghematan (Rp)	Hemat Rata-rata (Rp)	Hemat (%)
VIP	10.038.409	5.083.472	1.270.868	50,64
I	92.088.665	31.635.059	771.587	34,35
II	92.602.321	24.455.346	489.107	26,41
III	78.676.385	11.017.466	196.470	14,00

Keterangan : Total biaya = Total biaya yang harus dibayarkan oleh

Tabel 3
Penghematan Biaya oleh Pasien *Ambulatory Surgery* Menurut jenis tindakan.

Jenis Tindakan	Total Biaya (Rp)	Penghematan (Rp)	Hemat Rata-rata (Rp)	Hemat (%)
Curretage	55.080.716	13.413.184	327.151	24,35
Excisi/Extirpasi	78.848.009	21.529.775	581.886	27,31
Tonsillectomy	42.637.449	10.797.697	431.908	25,32
Tubectomy	34.403.179	11.844.267	789.618	34,43
Circumcisi	10.224.935	1.086.618	120.735	10,63
Hand / Foot	19.316.401	4.825.887	603.236	24,93
ECCE	5.388.518	420.037	105.009	7,8
Lain-lain	27.506.573	8.273.877	689.490	30,08

Keterangan : Total biaya = Total biaya yang harus dibayarkan oleh pasien tanpa pelayanan *Ambulatory Surgery*

Persentase hemat (penghematan) = $\frac{\text{Penghematan}}{\text{Total biaya}} \times 100\%$

PEMBAHASAN

Penghematan yang dapat diperoleh oleh pasien-pasien melalui pelayanan

Dari jenis-jenis tindakan dapat dilihat bahwa

Dengan demikian dapat dibuktikan bahwa pelayanan *Ambulatory Surgery* dapat menurunkan beban biaya pasien.

Dengan melihat persamaan *Value Equation* yaitu hubungan antara nilai pelanggan, kualitas dan biaya seperti berikut :

$$V = \frac{Q}{C}$$

V= Value to the customer
Q= Quality
C= Cost

Dari persamaan tersebut di atas apabila diasumsikan bahwa Q adalah tetap baik dengan atau tanpa pelayanan *Ambulatory Surgery*, dengan menurunnya C

sebagai implikasi pelayanan *Ambulatory Surgery*, maka dapat dikatakan bahwa pelayanan *Ambulatory Surgery* dapat meningkatkan nilai terhadap pelanggan.

ada beberapa jenis tindakan yang sebenarnya memang tidak lazim untuk mendapatkan perawatan pasca tindakan di Unit Rawap Inap. Dengan dilaksanakannya pelayanan *Ambulatory Surgery* dapat menghindari pelayanan yang sebenarnya tidak diperlukan oleh pasien sehingga dapat mencegah terjadinya inefisiensi atau pengeluaran biaya yang berlebihan.

Jenis operasi yang dimaksudkan kedalam katagori *Ambulatory Surgery* dalam penelitian ini masih dibatasi pada jenis-jenis tindakan yang dinilai layak untuk dilakukan di RS "A", mengingat keterbatasan sarana operasi.

Penghematan yang dapat diberikan kepada pasien-pasien tersebut sebenarnya masih dapat lebih diperbesar lagi dengan melakukan efisiensi teknis lainnya.

Bila dilihat dari penghematan menurut kelas perawatan pasien, penghematan terbesar pada pelayanan ini dapat dinikmati oleh pasien-pasien dengan kelas perawatan kelas VIP (pasien-pasien yang lebih mampu) yang dapat menghemat rata-rata sebesar 50,64% per pasien dibandingkan dengan pasien-pasien kelas perawatan kelas III yang dapat menghemat rata-rata sebesar 14% per pasien.

Melihat hal tersebut diatas, isu pemerataan (*equity*) tidak dapat dipenuhi, pasien yang lebih mampu, memperoleh penghematan yang lebih besar dari besaran biaya yang harus dibayarkan dibandingkan dengan pasien-pasien kelas III dengan demikian perlu penyesuaian pola tarif pelayanan *Ambulatory Surgery* yang dapat memenuhi

isu pemerataan dengan melakukan subsidi silang.

Tetapi dalam penyesuaian pola tarif harus lebih diperhatikan dengan seksama oleh karena 43 pasien (76,78%) dari 56 pasien kelas III adalah ditanggung oleh perusahaan pelanggan lainnya (di luar Perusahaan Pemilik RS "A" dan Anak Perusahaannya), sehingga kebijakan pola subsidi silang tidak sepenuhnya tepat.

Apabila subsidi silang diberlakukan pada seluruh pasien kelas III, hal ini berarti pasien-pasien kelas yang lebih tinggi yang sebagian besar ditanggung oleh perusahaan pemilik RS mensubsidi perusahaan lain atau dengan perkataan lain, perusahaan memberikan subsidi pada perusahaan lain, padahal diantara perusahaan-perusahaan lainnya tersebut terdapat perusahaan-perusahaan yang lebih besar dan lebih baik.

Apabila dilihat dari sudut pandang rumah sakit dengan masih terjadinya penghematan pada pasien-pasien kelas III, hal ini diartikan bahwa pola tarif yang diberlakukan terhadap pelayanan *Ambulatory Surgery* sudah cukup memadai atau sudah cukup rendah, dapat terlihat dari biaya yang dikeluarkan oleh pasien-pasien di semua kelas perawatan bahkan pasien-pasien kelas III pun masih dapat dihemat, penurunan pendapatan rumah sakitpun tidak terlalu besar.

Dengan lebih rendahnya biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan yang termasuk dalam kategori *Ambulatory Surgery*, sesuai dengan hukum permintaan yang menyatakan: semakin

rendah harga suatu barang, semakin banyak permintaan ke atas barang tersebut, maka diharapkan daya saing rumah sakit akan menjadi lebih tinggi, dapat meningkatkan *demand* terhadap pelayanan tersebut, yang pada akhirnya akan meningkatkan utilisasi Unit Kamar Bedah/Anestesi itu sendiri sebagai tempat pelayanan *Ambulatory Surgery* dan Unit Penunjang sebagai prasarana yang menunjang dalam menjaga kualitas pelayanan tersebut.

Apabila hanya dilihat dari pola Kamar Bedah yang diberlakukan (tarif kelas II) kepada pasien-pasien *Ambulatory Surgery*, maka akan terlihat justru pasien-pasien kelas III akan membayar biaya tindakan operasi lebih besar dari pada sebelum pelayanan *Ambulatory Surgery* dilaksanakan yaitu rata-rata sebesar 18,81% (Rp. 110.089,- per pasien).

Pasien-pasien kelas VIP akan membayar biaya tindakan operasi lebih rendah rata-rata sebesar 36,16% (Rp. 383.750,- per pasien). Pasien-pasien kelas I akan membayar biaya tindakan operasi lebih rendah rata-rata sebesar 13,30% (Rp. 122.317,- per pasien). Pasien-pasien kelas II akan membayar biaya tindakan operasi sama dengan tanpa pelayanan *Ambulatory Surgery* (tetap).

Dari hasil analisis finansial perencanaan pelayanan *Ambulatory Surgery* di Rumah Sakit "A", dapat disimpulkan bahwa biaya yang dapat dihemat oleh pasien rata-rata sebesar 26,40% secara statistik bermakna; penghematan terbesar dapat diperoleh oleh pasien-pasien kelas VIP sebesar 50,64%.

dan terkecil oleh pasien-pasien kelas III sebesar 14 %.

Semakin rendah biaya yang dikeluarkan oleh pelanggan akan meningkatkan nilai bagi pelanggan (*Customer Value*).

Untuk lebih meningkatkan pendapat dari pelayanan *Ambulatory Surgery* dan meningkatkan utilisasi Unit Bedah dapat dilakukan upaya-upaya berupa peningkatan pengawasan Audit Medik terhadap kasus-kasus yang termasuk atau dapat dimasukkan kedalam katagori *Ambulatory Surgery*, pengembangan secara terus menerus teknik-teknik medis yang dapat meningkatkan kualitas maupun kuantitas pelayanan *Ambulatory Surgery* serta penawaran pelayanan *Ambulatory Surgery* kepada perusahaan-perusahaan dan masyarakat umum.

Untuk lebih menurunkan beban biaya pasien-pasien tersebut dapat dilakukan efisiensi dengan menggunakan alat/bahan yang di daur ulang atau penggunaan obat-obat generik, penyusunan prosedur tetap profesional dan pengawasan pemberian obat-obatan yang berlebihan (*over treatment/ over prescribe*).

Untuk lebih menjamin/mendukung pelaksanaan pelayanan *Ambulatory Surgery* terhadap karyawan dan keluarga perusahaan langganan terutama Perusahaan pemilik RS "A", sebaiknya didukung oleh kebijakan tentang ketentuan pelayanan *Ambulatory Surgery* yang dikeluarkan oleh pihak perusahaan langganan tersebut.

Kepustakaan

- Alkatiri, Ali, et.al. *Pertimbangan Makro dalam Rumah Sakit Proaktif; Suatu Pemikiran Awal*. Jakarta. Februari 1997
- Always, Lesley. Day Surgery in Australia; Defining the Future. *Asia Pacific Hospital*, April : 210 – 21
- Always, Lesley. Setting up a Day Surgery Unit. *Asia Pacific Hospital*, June/July No. 205 : 13 – 17.
- Berek, Britton, et.al. *Meditrends*, Surgery. American Hospital Association. 1995
- Blanchet, Kevin D. et.al. "Ambulatory Surgery" in *The Handbook of Hospital Admitting Management*. Aspen System Corporation. Rockville, Maryland. 1985.
- Block, Stanley B and Geoffrey Hirt. *Foundations of Financial Management*, 4th Ed. Richard D Irwin Inc. Homewood, Illinois. 1987
- Duncan, W. et.al. *Strategic Management of Health Care Organization* 2nd ed. Blackwell Publisher Inc. Cambridge Massachusetts. 1995
- Folland, Sherman, et.al. *The Economics of Health and Health Care*, 2nd ed. Prentice Hall Inc, New Jersey. 1997
- Four Costliest Outpatient Procedures. *Hospital & Health Network*. September 1997, 20 : 30 – 31.
- Gani, Ascobat. "Analisis Biaya" dalam *Pelatihan Pemutakhiran Data Biaya Kesehatan*. Jakarta. 1992
- Gani, Ascobat. "Mekanisme 'Cost and Pricing' Pelayanan Rumah Sakit dalam Era Liberalisasi Pelayanan Kesehatan" dalam *Seminar Kompetisi Eksekutif Rumah Sakit dalam Era Liberalisasi Rumah Sakit*. Jakarta. 1997
- Gani, Ascobat. "Hospital Financial Management; Achieving Cost Efficiency" dalam *Health Care Indonesia '95; Effective Resource Management and Quality Improvement in the Indonesia Health Sector*. PT: Global Executivindo Training, Jakarta 1995
- Gani, Ascobat. "Aspek Ekonomi Pelayanan Kesehatan" dalam *Cermin Dunia Kedokteran*, Edisi Khusus No. 90. 1994
- Gassio, Orsund, Cindy A. & Lindsey Sharon. *Handbook of Medical Staff Management*. Aspen Publisher Inc Geithersburg, Maryland. 1990
- Henderson, J. Vernon & Poole, William. *Principles of Economics*. DC Health & Co. Lexington, Massachusetts, Toronto. 1991
- Henderson, J. Vernon & Poole, William. *Principles of Microeconomics*. DC Health & Co. Lexington, Massachusetts, Toronto. 1991
- Hermanson, Roger H, et.al. *Accounting Principles* 5thed. Richard D. Irwin Inc Boston. 1992.
- McConnell, Campbell R, et.al. *Economic Principles, Problems & Policies* 11th Ed Mc Graw Hill. Baskerville. 1990
- McLean, Robert A. *Financial Management in Health Care Organizations*. Delmar Publisher, New York. 1997
- Spath, Patrice L. *Medical Effectiveness & Outcomes Management, Issues Methods & Case Studies Outcome* AHA. 1996
- Paul, James, et.al. *Hospital Design & Development*. Architectural Press Ltd USA. 1986
- Phillips, Timothy A. *Same Day Surgery, Ambulatory Systems Development* 1998.

Rowland, Howard S, & Beatrice Rowland.
Hospital Administration Handbook.
Aspen Publisher Inc. Rockville,
Maryland. 1984

Satrio, Untung S. *Petunjuk Teknis Efisiensi
Menyeluruh di Rumah Sakit*. 1998

Sukirno, Sadono. *Pengantar Teori
Mikroekonomi, Edisi Kedua*. Raja
Grafindo Persada, Jakarta. 1996

Suver, James D, et.al. *Management
Accounting for Health Care
Organizations 4th Ed*. Precept Press &
Health Care Financial Management

Association. Chicago. 1995

Woelfel, Charles J. *Budgeting, Pricing &
Cost Control*. Probus Publishing Co,
Chicago Illinois. 1987

Wolper, Lawrence F. *Health Care
Administration Principles, Structure &
Delivery, 2nd Ed*. Aspen Publisher Inc.
Rockville, Maryland. 1995

Zasa, Robert J. *Trend in Development of
Ambulatory Care Centers*. Principal
Ambulatory Systems Development.
1998.



*Almamaterku setia berjasa
Universitas Indonesia
Kami warisamu
Bertekad bersatu
Kami amalkan Tri Dharma - mu
Dan mengabdikan Tuhan
Dan mengabdikan Bangsa
Dan negara Indonesia*