

## ***COST OF MEDICAL ERROR***

### **PADA PELAYANAN BEDAH SESAR**

**Nuning Nurvita Rahayu**

Mahasiswa Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kedokteran, Universitas Padjadjaran, Bandung.

#### **ABSTRAK**

Pada tahun 2012, 6,9 % dari seluruh pelayanan bedah sesar di RS "X" mengalami komplikasi infeksi luka operasi (ILO) dan memerlukan tindakan *re-hecking*. Hal ini mengakibatkan perpanjangan *average length of stay (ALOS)* pasca bedah sesar dari 3 hari menjadi 11 hari. Perpanjangan *ALOS* menyebabkan penambahan biaya pelayanan. Penelitian ini bertujuan untuk menghitung *cost of error* akibat adanya ILO yang memerlukan tindakan *re-hecking* pada pelayanan bedah sesar, menghitung biaya satuan bedah sesar tanpa komplikasi dan dengan komplikasi ILO yang memerlukan tindakan *re-hecking*, serta besaran subsidi yang telah dikeluarkan rumah sakit akibat adanya ILO dan tindakan *re-hecking*.

Besaran *cost of error* dapat diketahui dengan menghitung selisih biaya satuan bedah sesar tanpa komplikasi dan dengan komplikasi ILO. Biaya satuan dihitung dengan metode *activity based costing (ABC)* didasarkan pada *clinical pathway* pelayanan bedah sesar, dilakukan dengan dan tanpa memperhitungkan gaji PNS/PTT, kemudian diambil nilai minimal dan maksimal dari kedua jenis perhitungan tersebut. Besaran biaya subsidi yang dikeluarkan oleh rumah sakit dapat dihitung dengan mengalikan *cost of error* terhadap jumlah sampel yang mengalami ILO dengan cara pembayaran Jamkesmas atau Jampersal.

Penghitungan besaran *cost of error* merupakan suatu metode evaluasi untuk kendali mutu dan kendali biaya, dalam pelayanan bedah sesar. *Cost of error* seharusnya tidak boleh ada, dan sebenarnya dapat dialokasikan untuk kegiatan lainnya, misalnya pelatihan atau program peningkatan mutu rumah sakit, dan kesejahteraan karyawan.

Kata kunci: biaya satuan, *clinical pathway*, *cost of error*, infeksi luka operasi

## PENDAHULUAN

*World Health Organization (WHO)* melalui *World Alliance for Patient Safety* menyatakan bahwa ILO terjadi pada 2% hingga 5% pada pasien yang melakukan pembedahan setiap tahun, dan merupakan 25% dari jumlah infeksi yang terjadi pada fasilitas pelayanan kesehatan.<sup>1</sup> Sebuah penelitian di Australia mendapatkan bahwa angka kejadian ILO pasca bedah sesar di *Royal Darwin Hospital* adalah 6,9%.<sup>2</sup> Infeksi pada luka operasi berpotensi menimbulkan luka terbuka (*wound dehiscence*). Risiko terjadinya sepsis dan kematian pada luka operasi terbuka adalah 10 – 35%.<sup>3</sup> Pada suatu penelitian di RS Dr. Kariadi Semarang, didapatkan bahwa angka kejadian luka terbuka pada pasien pasca bedah sesar adalah 1,36%.<sup>4</sup>

Banyaknya kejadian infeksi luka operasi (ILO) di suatu rumah sakit dapat mencerminkan mutu pelayanan rumah sakit tersebut. Berdasarkan klasifikasi *Centre for Disease Control and Prevention (CDC)*, kejadian ILO (infeksi luka operasi) pasca bedah sesar di suatu rumah sakit tidak boleh melebihi 2%. Hal ini disebabkan karena luka pada bedah sesar termasuk dalam klasifikasi luka operasi kelas I (luka bersih).<sup>5,6</sup> Artinya, apabila kejadian ILO pasca bedah sesar di suatu rumah sakit melebihi 2%, maka mutu pelayanan operasi di rumah sakit tersebut masih dibawah standar. Standar mutu lainnya, menurut Phillips Crosby, untuk mendapatkan mutu layanan yang baik, tidak boleh ada satu kekurangan/kesalahan pun yang dilakukan oleh pihak pemberi pelayanan (*zero defect*). Pemegang kunci untuk menjamin *zero defect* atas layanan yang diberikan adalah pihak manajemen,

yaitu dengan menetapkan standar pelayanan dan mendukungnya dengan sumber daya yang sesuai dengan mutu layanan yang diharapkan.<sup>7</sup>

Kejadian ILO pasca bedah sesar termasuk kategori kejadian tidak diharapkan dalam program keselamatan pasien.<sup>8</sup> Kejadian tidak diharapkan akibat ILO pasca bedah sesar ini menimbulkan kerugian yang sangat besar bagi pasien dan rumah sakit. Bagi pasien, ILO menimbulkan kerugian fisik, psikis, dan materiil.

*Cost of medical error* timbul sebagai akibat dari tindakan medik yang tidak sesuai dengan rencana pengelolaan, atau akibat rencana pengelolaan yang kurang sesuai dengan kebutuhan pasien. *Cost of error* akibat adanya komplikasi ILO yang memerlukan tindakan *re-hecking*, pada pelayanan bedah sesar, dapat diketahui dengan melakukan penghitungan biaya satuan pelayanan bedah sesar tanpa komplikasi, dan bedah sesar dengan komplikasi ILO yang memerlukan tindakan *re-hecking*.

## **KAJIAN PUSTAKA**

### **Pengertian Biaya**

Biaya adalah nilai dari sejumlah input yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk (output).<sup>9</sup> Biaya adalah nilai sumber daya yang telah atau akan dikorbankan untuk mewujudkan tujuan tertentu.<sup>10</sup> Literatur lain menyebutkan bahwa biaya merupakan jumlah yang dibayarkan untuk sumber daya yang dikonsumsi oleh aktivitas.<sup>11</sup> Biaya juga sering diartikan sebagai nilai dari suatu pengorbanan untuk memperoleh suatu output tertentu.<sup>12</sup> Biaya adalah semua

pengorbanan yang diperlukan untuk suatu proses produksi, dinyatakan dalam uang, menurut harga pasar yang berlaku.<sup>13</sup>

Menurut Islahuzzaman, biaya adalah sumber daya moneter (misalnya, rupiah) yang dikorbankan untuk mencapai suatu sasaran atau tujuan tertentu, atau sumber daya moneter yang harus dibayarkan atas barang atau jasa yang diperoleh.<sup>14</sup> Biaya adalah pengorbanan sumber-sumber ekonomi yang sudah terjadi atau akan terjadi yang dinyatakan dalam satuan uang untuk tujuan tertentu.<sup>15</sup> Dalam referensi lain dinyatakan pula bahwa biaya adalah suatu nilai tukar yang dikeluarkan atau suatu pengorbanan sumber daya yang dilakukan untuk mendapatkan manfaat dimasa datang. Pengorbanan tersebut dapat berupa uang atau materi lainnya yang setara nilainya kalau diukur dengan uang .<sup>16</sup>

### **Metode Analisis Biaya**

Ada beberapa metode analisis biaya, yaitu:<sup>9,17</sup>

a. *Simple Distribution Method*

Merupakan metode yang paling sederhana. Dilakukan dengan membagi habis biaya yang berasal dari unit penunjang ke unit produksi berdasarkan bobot tertentu.

b. *Step Down Method*

Merupakan cara mengalokasikan biaya di pusat biaya (*cost centre*) ke pusat pendapatan (*revenue centre*) melalui 2 tahap, yaitu mula-mula dilakukan alokasi antara pusat biaya (diurutkan mulai dari unit yang paling

banyak memberikan kontribusi biaya ke pusat biaya lain), kemudian biaya yang diterima pusat biaya di bawahnya digabung dengan biaya asli pusat biaya tersebut, kemudian di alokasikan ke pusat pendapatan berdasarkan bobot tertentu.

c. *Double Distribution Method*

Merupakan cara mengalokasikan biaya dari pusat biaya ke pusat pendapatan melalui 2 tahap, yaitu mula-mula dilakukan penghitungan besar biaya pada pusat biaya dan mengalokasikannya ke pusat biaya lain dan pusat pendapatan, kemudian pada langkah ke dua seluruh biaya yang ada di pusat biaya direalokasikan keseluruhan unit yang merupakan pusat pendapatan.

d. *Multiple Distribution Method*

Merupakan cara membagi biaya dengan mengalokasikan biaya secara berulang, termasuk alokasi di antara sesama unit produksi. Metode ini sangat kompleks, karena ternyata setelah empat kali sebaran distribusi, perbedaan yang terjadi tidak banyak, sehingga metode ini jarang digunakan.

e. *Activity Based Costing Method*

ABC adalah sistem akuntansi yang terfokus pada aktivitas-aktivitas yang dilakukan untuk menghasilkan produk atau jasa.<sup>14</sup> Menurut Mulyadi (2003), ABC adalah sistem informasi biaya berdasarkan aktivitas yang dirancang untuk memotivasi sumber daya manusia untuk melakukan pengelolaan aktivitas sehingga dapat menyebabkan terjadinya pengurangan biaya<sup>18</sup>

### ***Cost of Medical Error***

*Cost of error* adalah biaya akibat adanya suatu kesalahan. *Cost of medical error* adalah biaya yang timbul akibat kesalahan dalam suatu pelayanan kesehatan. Biaya ini menjadi beban masyarakat dan rumah sakit itu sendiri.<sup>19</sup>

*Cost of medical error* di *United State of America (USA)* pada tahun 2008 adalah sebesar US \$ 19,5 juta, yang mana 87,5% disebabkan karena *additional cost* (biaya tambahan) yang berhubungan dengan tindakan operasi, penegakan diagnosa, terapi, obat-obatan, dan penyebab lainnya. Karena *USA* menjamin kesehatan seluruh warganya, maka nilai ini merupakan beban yang ditanggung oleh pemerintah.<sup>19</sup> Berdasarkan penelitian yang dilakukan di Inggris pada tahun 2006, pencairan asuransi yang tidak mengandung unsur *medical error* hanyalah 13% sampai 16%, dan penambahan biaya akibat *medical error* adalah sebesar 67% dari biaya yang seharusnya.<sup>20</sup>

*Cost of medical error* dapat terjadi pada 3 tahap, yaitu:<sup>21</sup>

1. Diagnostik

*Medical error* yang terjadi karena kesalahan atau keterlambatan dalam menegakkan diagnosa, termasuk tidak melakukan suatu pemeriksaan penunjang padahal terdapat indikasi untuk melakukan pemeriksaan tersebut.

2. Penatalaksanaan

*Medical error* yang terjadi karena kesalahan dalam pemberian obat, baik jenis, dosis, ataupun cara pemakaian. Termasuk pemberian obat-obatan tanpa indikasi yang sesuai.

### 3. Pencegahan

*Medical error* yang terjadi karena tidak melakukan tindakan pencegahan secara adekuat, termasuk kegagalan dalam melakukan tindakan pencegahan infeksi.

*Medical error* dapat disebabkan oleh individu dokter atau perawat yang mengelola pasien, dan dapat juga disebabkan oleh sistem atau fasilitas yang kurang mendukung untuk mencegah terjadinya *error* tersebut. *Medical error* dapat disebabkan oleh individu dokter atau perawat, misalnya karena kurangnya kompetensi, tidak mengikuti prosedur pencegahan infeksi, kelalaian dalam memberikan obat-obatan baik dosis, cara pemberian, maupun jumlahnya. *Medical error* yang disebabkan oleh sistem atau fasilitas yang kurang mendukung, misalnya sarana fisik ruang operasi tidak memenuhi syarat, alat-alat medik kurang berfungsi, sanitasi lingkungan kurang baik, prosedur penyimpanan atau pendistribusian obat atau darah tidak mengikuti *standard operational procedure (SOP)*. Selain itu, *medical error* dapat terjadi karena komunikasi yang tidak terjalin dengan baik antara dokter, perawat, dan pasien.<sup>22</sup>

Partisipasi pasien secara aktif dalam perawatan pasien di rumah sakit, dapat mengurangi risiko *medical error*. Bentuk partisipasi tersebut misalnya pasien bertanya secara aktif mengenai kondisi kesehatannya dan rencana pengelolaan yang akan diterimanya, mencatat berbagai obat yang diterimanya, baik yang diresepkan maupun tidak diresepkan, memastikan bahwa resep yang diterima pasien dapat dibaca oleh pasien itu sendiri, memberitahukan kepada dokter mengenai alergi obat atau reaksi obat yang pernah dialaminya, serta

menginformasikan kepada dokter mengenai kondisi atau perubahan yang dialaminya selama mendapat perawatan di rumah sakit, misalnya luka operasi menjadi basah, mengeluarkan nanah atau bahkan terbuka.<sup>22</sup> Selain itu, *medical error* juga dapat ditekan dengan adanya kebijakan dari pihak manajemen, dan kebijakan tersebut harus dipatuhi oleh seluruh praktisi di bidang kesehatan.

### DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. World alliance for patient safety. Forward programme 2005 [manuscript on internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004 [diunduh 17 Agustus 2013]. Available from: [www.who.int/patientsafety](http://www.who.int/patientsafety)
2. Henman K, Gordon CL, Gardiner T, Thorn J, Spain B, Davies J, et al. Surgical site infection following caesarean section at Royal Darwin Hospital, Northern Territory. *Healthcare Infection*. 2012; 17: 47-51.
3. Cunningham FG, Gilstrap LC, Van Dorsten JP. Anatomy incision and closures. In: *Operative Obstetrics*. 2nd edition. McGraw-Hill Medical Publishing Division, New York 2002: 59-61
4. Muhammad Yadi. Wound Dehiscence Pasca Bedah Sesar Pada Rumah Sakit Dr. Kariadi Semarang. *Jurnal Health and Sport* 2011; 3(1): 199-206
5. Sabiston DC. *Buku Ajar Bedah*. Jakarta: EGC; 2011. hal 182-195
6. Sjamsuhidajat. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Edisi 7. Jakarta: EGC; 2007. hal 367-378
7. Kate Mc Cormick. *Quality*. Oxford, United Kingdom: MPG Book Ltd; 2002. hal 224-227.
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit Bab I Pasal 1.
9. Sharon Gondodiputro. Penghitungan Unit Cost di Pelayanan Kesehatan Primer. *Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran*. 2007. hal 4-8.

10. Mulyadi. Activity Based Cost System. Edisi 6. Yogyakarta: UPP AMP YKPN; 2003. hal 1-5.
11. Edward J. Blocher KHC, Thomas W. Lin. Cost Management A strategic Emphasis. New York: Mc. Graw Hill; 1999. hal 58-60
12. Ascobat Gani, Pembiayaan Rumah Sakit dan Prospek Perkembangan Asuransi Kesehatan Selama PJP II. Jurnal Administrasi Rumah Sakit. 1993;2(1):15-22.
13. Drs. T. Gilarso, SJ. Pengantar Ilmu Ekonomi Mikro. Edisi Revisi. Yogyakarta: Kanisius; 2003. hal 166.
14. Dr. Islahuzzaman S, MSi., Akuntan. Activity Based Costing Teori dan Aplikasi. Edisi 1. Bandung: Alfabeta; Oktober 2011. hal 32-44
15. R.A Supriyono S.U. Manajemen Biaya Suatu Reformasi Pengelolaan Bisnis. Edisi 1. Yogyakarta: BPFE; November 1999.
16. Bambang Hariadi d, M.Ec., Akuntan. Akuntansi Manajemen Suatu Sudut Pandang. Yogyakarta: BPFE; Desember 2002.
17. Sjaaf AC. Pengawasan Biaya Di Rumah Sakit; Keputusan Manajerial Dalam Lingkup Akuntansi Biaya. Jurnal Administrasi Rumah Sakit No 3. 1994;1(3):18-24.
18. Judith J. Baker. Activity Based Costing and Activity Based Management for Health Care. USA: Aspen Publisher Inc.; 1998. hal 1-6
19. Charles. The Economics of Health Care Quality and Medical Errors. Journal of Health Care Finance. 2012; 39(1): 690-4
20. Studdert DM, Mello MM, Phil MJD, Ph.D., Gawande AA, MD., MPH., Gandhi TK, MD., MPH., Kachalia A, MD., et all. Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation. The New England Journal of Medicine, 2006; 354:2024-2033.
21. Institute of Medicine Committee on the Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington; 1999 [diunduh 10 Desember 2013]; Tersedia dari <http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>
22. National Committee For Quality Assurance. The essential guide to health care quality. Washington, DC; 2012, hal 18-23



