

TESIS
PENETAPAN TARIF RAWAT INAP BERDASARKAN
ANALISIS UNIT COST, ABILITY TO PAY
DAN WILLINGNESS TO PAY
DI RSUD WAMENA

Disusun dan diajukan oleh

ANTONIUS MANAOR
K012191089



PROGRAM STUDI S2 KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2020

LEMBAR PENGESAHAN

**PENETAPAN TARIF RAWAT INAP BERDASARKAN ANALISIS UNIT
COST, ABILITY TO PAY DAN WILLINGNESS TO PAY
DI RSUD WAMENA**

Disusun dan diajukan oleh

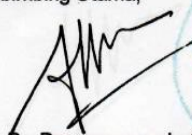
**ANTONIUS MANAOR
K012191089**


Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 5 Februari 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,


Pembimbing Pendamping,


Prof. Dr. Darmawansyah, SE.,MS.
NIP. 19640424 199103 1 002


Dr. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes.
NIP. 19640708 199103 1 002

Dekan Fakultas
Kesehatan Masyarakat

Ketua Program Studi,
S2 Kesehatan Masyarakat


Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed
NIP. 19670617 199903 1 001


Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.
NIP. 19590605 198601 2 001

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Antonius Manaor
NIM : K012191089
Program studi : Kesehatan Masyarakat
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :

**Penetapan tarif rawat inap berdasarkan
Analisis unit cost, ability to pay dan willingness to pay
di RSUD Wamena**

adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 1 Februari 2021

Yang menyatakan

A 1000 Rupiah postage stamp with a signature over it. The stamp features the Garuda Pancasila emblem and the text 'SEKILAS RUPIAH 1000' and 'METERAI TEMPEL'. The serial number 'GB01FAJX004525167' is visible at the bottom.

Antonius Manaor

PRAKATA

Segala puji dan syukur kepada Tuhan Yesus Kristus atas Kasih Karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan baik. Penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada Bapak **Prof. Dr. Darmawansyah, SE., MS.** selaku Ketua Komisi Penasehat dan Bapak **Dr. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes.** selaku Anggota Komisi Penasehat, yang tidak pernah lelah ditengah kesibukannya dengan penuh kesabaran memberikan arahan, perhatian, motivasi, masukan dan dukungan moril yang sangat bermanfaat bagi penyempurnaan penyusunan dan penulisan tesis ini.

Rasa hormat dan terima kasih penulis sampaikan pula kepada:

1. Bapak **Prof. Sukri, SKM., M.Kes., M.Sc.PH, Ph.D.**, Bapak **Prof. Dr. dr. Muhammad Syfar, MS.** dan Bapak **Dr. Lalu Muhammad Saleh, SKM., M.Kes.** yang telah banyak memberikan masukan serta arahan dalam penyempurnaan penyusunan dan penulisan tesis ini.
2. Ibu **Prof. Dr. Dwia Aries Tina Palubuhu, MA** selaku Rektor Universitas Hasanuddin, Bapak **Dr. Aminuddin Syam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed.** selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin, Bapak **Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, MSc.** selaku Direktur Sekolah Pascasarjana Universitas Hasanuddin, dan Ibu **Prof. Dr. Masni, Apt., MSPH.** selaku Ketua Program Studi S2 Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin beserta seluruh tim pengajar pada Departemen Administrasi dan Kebijakan

Kesehatan yang telah memberikan ilmu dan bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan.

3. Bapak **Jhon Richard Banua, SE, M.Si.** selaku Bupati Jayawijaya Provinsi Papua yang telah mendukung terlaksananya Program Studi Magister (S2) Kesehatan Masyarakat Kelas Kerjasama Blended Learning antara Universitas Hasanuddin dengan Pemerintah Kabupaten Jayawijaya.
4. Bapak **Tenus Gombo, S.Pd., M.Pd.**, selaku Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Pemerintah Kabupaten Jayawijaya yang telah memberikan rekomendasi persetujuan dilakukannya penelitian ini.
5. Ibu **dr. Felly Gresia Sahureka, M.Kes., Sp.PK** selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Wamena yang telah memberikan rekomendasi kepada penulis untuk mengikuti Program Studi Magister (S2) Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan juga telah menyetujui untuk dilakukannya penelitian ini di RSUD Wamena, serta kepada seluruh staf dan pihak-pihak yang telah banyak membantu dalam pelaksanaan penelitian ini.
6. Bapak, ibu, dan saudara saudari yang telah bersedia untuk diwawancarai maupun sebagai responden yang telah meluangkan waktunya untuk membantu dan mengikuti penelitian ini.
7. Teman-teman mahasiswa Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Kelas Wamena Angkatan 2019 yang senantiasa memberikan

semangat, motivasi, kerjasama, kebersamaan, keceriaan, dan kenangan indah selama pendidikan.

Teristimewa tesis ini dipersembahkan kepada ayahku almarhum **Drs. Albiden Simaremare** yang telah mendidiku dan ibuku **Lukertina Panjaitan** yang telah menghadirkanku ke dunia ini, isteriku tercintai **drg. Yulianti Sinaga** yang senantiasa setia mendampingi, dan kedua anakku tersayang **Keisha Daniella Simaremare** dan **Aline Josephine Simaremare** atas segala doa, dukungan, dan semangat yang tak ternilai.

Penulis sadar bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan oleh karena itu, besar harapan penulis kepada pembaca atas kontribusinya baik berupa saran dan kritik yang sifatnya membangun demi kesempurnaan tesis ini. Akhirnya segala Kemuliaan hanya bagi Allah Bapa di Surga yang senantiasa memelihara hidup kita semua, dan apa yang disajikan dalam tesis ini kiranya dapat bermanfaat bagi kita semua, Amin.

Wamena, 1 Februari 2021

Antonius Manaor

ABSTRAK

ANTONIUS MANAOR. *Penetapan Tarif Rawat Inap berdasarkan Analisis Unit Cost, Ability to Pay dan Willingness to Pay di RSUD Wamena* (dibimbing oleh **Darmawansyah** dan **Muhammad Alwy Arifin**)

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui besarnya tarif rawat inap berdasarkan analisis biaya satuan, kemampuan membayar atau ability to pay (ATP) dan kemauan membayar atau willingness to pay (WTP) masyarakat di RSUD Wamena.

Penelitian ini adalah penelitian kuantitatif. Data biaya diperoleh melalui wawancara, observasi langsung, dari dokumen-dokumen. Analisis biaya memakai metode activity-based costing (ABC) untuk mengetahui jasa sarana rumah sakit. Tarif rawat inap dihitung dengan menjumlahkan jasa sarana (60%) dan proporsi jasa pelayanan 40%. Data ATP dan WTP diperoleh dari kuesioner.

Hasil penelitian didapatkan tarif rawat inap per hari untuk Kelas VIP sebesar Rp. 690.206,52, Kelas I Rp. 637.558,03, Kelas II Rp. 636.953,88, dan Kelas III Rp. 615.776,07. Besarnya ATP 1 setahun yaitu kurang dari Rp. 10.000.000 sebanyak 37 responden (80,43%). Besarnya ATP 2 setahun yaitu kurang dari Rp. 500.000 sebanyak 16 responden (34,78%). WTP responden tentang pengetahuan akan tarif rumah sakit yang berlaku yaitu tidak mengetahui tarif sebanyak 26 responden (56,52%). WTP responden tentang persepsi terhadap tarif rumah sakit yaitu mengatakan wajar sebanyak 42 responden (91,3%). Analisis unit cost dengan metode ABC lebih akurat dibandingkan dengan metode traditional costing system (TCS). Sebaiknya pasien dan keluarganya mendapat informasi tentang tarif sebelum dirawat di RSUD Wamena.

Kata kunci: Tarif Rawat Inap, Unit Cost, Activity-Based Costing, Ability To Pay, Willingness To Pay



ABSTRACT

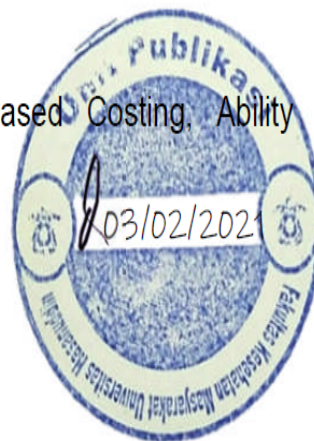
ANTONIUS MANAOR. *Determination of Inpatient Rates based on the Unit Cost Analysis, Ability to Pay and Willingness to Pay at Wamena Public Hospital* (Supervised by **Darmawansyah** and **Muhammad Alwy Arifin**)

This study aimed to determine inpatient rates based on unit cost analysis, ability to pay (ATP), and willingness to pay (WTP) at Wamena Public Hospital. This was a quantitative study. All data were collected through observations, interviews, and of documents. The activity-based costing (ABC) method was used to calculate the facility costs. Inpatient rates are the sum of facility costs (60%) and service fees (40%). ATP and WTP data were obtained from a questionnaire.

The results showed that the inpatient rate for the VIP-class was Rp. 690.206,52, the first-class was Rp. 637.558,03, the second-class was Rp. 636.953,88, and the third-class was Rp. 615.776,07.

The amount of ATP 1 in a year is less than Rp. 10,000,000. The amouny of ATP 2 in a year is less than Rp. 500,000, namely 16 respondents (34.78%). WTP about knowledge of hospital rates, namely those who did not know the rates, were 26 respondents (56.52%). WTP about perceptions of rates, namely those who said hospital rates were reasonable as many as 42 respondents (91.3%). Unit cost analysis using the ABC method is more accurate than the traditional costing system (TCS) method. Patients and their families should be informed before undergoing treatment at Wamena Public Hospital.

Keywords: Inpatient Rates, Activity-Based Costing, Ability To Pay, Willingness To Pay



DAFTAR ISI

	halaman
PRAKATA	iv
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR GRAFIK	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
DAFTAR SINGKATAN	xxi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
1. Tujuan Umum	7
2. Tujuan Khusus	7
D. Manfaat Penelitian	8
1. Manfaat Bagi Ilmu Pengetahuan	8
2. Manfaat Bagi Pemerintah	8
3. Manfaat Bagi Peneliti	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Tinjauan Tentang Rumah Sakit	9
B. Tinjauan Tentang Biaya	12

1.	Pengertian Biaya	12
2.	Klasifikasi Biaya	12
3.	Pengertian Akuntansi Biaya	18
4.	Pengertian Pusat Biaya	19
5.	Pengertian Biaya Satuan	20
6.	Pengertian Analisis Biaya	20
C.	Metode Activity-Based Costing	21
1.	Sejarah Activity-Based Costing	21
2.	Pengertian Activity-Based Costing	22
3.	Konsep Activity-Based Costing	23
4.	Istilah-Istilah Activity-Based Costing	25
5.	Level Aktivitas	26
6.	Tahapan Implementasi Activity-Based Costing	27
7.	Manfaat Activity-Based Costing	29
8.	Perbedaan Metode Traditional Costing System dan Activity-Based Costing	30
9.	Kelebihan Activity-Based Costing	31
10.	Kekurangan Activity-Based Costing	32
D.	Kemampuan dan Kemauan Membayar	32
1.	Kemampuan Membayar	34
2.	Kemauan Membayar	38
E.	Tinjauan Tentang Tarif Rumah Sakit	39
1.	Pengertian Tarif	39
2.	Dasar Penetapan Tarif	39
3.	Komponen dan Perhitungan Tarif	41

4.	Kebijakan Pentarifan	42
5.	Pemanfaatan Tarif	43
F.	Penelitian Terdahulu	47
G.	Kerangka Teori	50
H.	Kerangka Konsep	51
I.	Definisi Operasional	52
BAB III METODE PENELITIAN		57
A.	Rancangan Penelitian	57
1.	Jenis Penelitian	57
2.	Unit Observasi	57
B.	Lokasi dan Waktu Penelitian	57
C.	Bahan dan Alat	58
D.	Populasi, Sampel, dan Responden	58
1.	Populasi	58
2.	Sampel	58
3.	Responden	59
E.	Teknik Pengumpulan Data	60
1.	Data Primer	60
2.	Data Sekunder	60
F.	Instrumen Pengumpul Data	61
G.	Analisis Data	61
1.	Pengolahan Data	61
2.	Teknik Analisis Data	61
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		64

A.	Hasil Penelitian	64
1.	Data Umum	64
2.	Analisis Biaya	84
3.	Analisis Kemampuan dan Kemauan Membayar	131
4.	Kemampuan Membayar	142
5.	Kemauan Membayar	157
B.	Pembahasan	161
1.	Analisis Tarif Rawat Inap	161
2.	Analisis Kemampuan dan Kemauan Membayar	166
C.	Keterbatasan Penelitian	172
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		174
A.	Kesimpulan	174
B.	Saran	176
DAFTAR PUSTAKA		178
LAMPIRAN		189

DAFTAR TABEL

nomor		halaman
1.	Penelitian terdahulu	47
2.	Jenis-jenis tenaga	66
3.	Jenis-jenis tenaga medis	68
4.	Jenis-jenis tenaga ruang rawat inap	69
5.	Jenis-Jenis layanan penunjang	74
6.	Jumlah tempat tidur	75
7.	Jumlah pasien rawat inap berdasarkan jaminan	76
8.	Jumlah pasien rawat inap berdasarkan kelas perawatan	78
9.	Jumlah hari rawat inap berdasarkan jaminan	79
10.	Jumlah hari rawat inap berdasarkan kelas perawatan	81
11.	Luas gedung rawat inap	82
12.	Luas kamar rawat inap berdasarkan kelas perawatan	83
13.	Tarif rawat inap per hari	84
14.	Tarif rawat inap non kelas unit gawat darurat	85
15.	Aktivitas-aktivitas utama ruang rawat inap	87
16.	Gaji dan tunjangan dokter umum dan dokter spesialis	88
17.	Gaji dan tunjangan perawat dan bidan	89
18.	Gaji dan tunjangan apoteker ruang rawat inap	91
19.	Bahan medis habis pakai ruang rawat inap	92
20.	Biaya pemakaian bahan medis habis pakai ruang rawat inap	93

21.	Biaya aktivitas konsumsi	95
22.	Rata-rata jumlah konsumsi harian	97
23.	Layanan laundry ruang rawat inap	98
24.	Biaya laundry sampai bulan Mei	99
25.	Gaji petugas administrasi ruangan	101
26.	Alat tulis kantor ruang rawat inap	102
27.	Biaya pemakaian alat tulis kantor ruang rawat inap	104
28.	Gaji petugas cleaning service	105
29.	Bahan habis pakai non medis	106
30.	Biaya pemakaian bahan habis pakai non medis	108
31.	Peralatan listrik ruang rawat inap	109
32.	Biaya Pemakaian listrik kamar rawat inap	110
33.	Fasilitas kamar rawat inap	111
34.	Fasilitas kamar rawat inap berdasarkan kelas perawatan	112
35.	Biaya penyusutan fasilitas kamar rawat inap	114
36.	Biaya penyusutan gedung ruang rawat inap	116
37.	Rincian biaya aktivitas	117
38.	Cost pools dan cost drivers	118
39.	Rate per unit cost driver	120
40.	Tarif rawat inap kelas VIP	121
41.	Tarif rawat inap Kelas I	123
42.	Tarif rawat inap Kelas II	125
43.	Tarif rawat inap Kelas III	127

44. Tarif rawat inap	128
45. Perbandingan tarif rawat inap	130
46. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin	131
47. Distribusi responden berdasarkan umur	132
48. Distribusi responden berdasarkan agama	133
49. Distribusi responden berdasarkan suku	134
50. Distribusi responden berdasarkan status pernikahan	134
51. Distribusi responden berdasarkan pendidikan terakhir	135
52. Distribusi responden berdasarkan jumlah anggota keluarga	137
53. Distribusi responden berdasarkan pekerjaan	138
54. Distribusi responden berdasarkan ruang perawatan	139
55. Distribusi responden berdasarkan kelas perawatan	140
56. Distribusi responden berdasarkan status rumah	140
57. Distribusi responden berdasarkan asal kabupaten	141
58. Distribusi responden berdasarkan penghasilan	143
59. Distribusi responden berdasarkan pengeluaran makanan	144
60. Distribusi responden berdasarkan pengeluaran non makanan	145
61. Distribusi responden berdasarkan pengeluaran non esensial	147
62. Distribusi responden berdasarkan ATP 1	149
63. Distribusi responden berdasarkan ATP 1 dan kelas perawatan	150
64. Distribusi responden berdasarkan ATP 2 pengeluaran non makanan	152
65. Distribusi responden berdasarkan ATP 2 pengeluaran non makanan dan kelas perawatan	153

66.	Distribusi responden berdasarkan ATP 2 pengeluaran non esensial	155
67.	Distribusi responden berdasarkan ATP 2 pengeluaran non esensial dan kelas perawatan	156
68.	Distribusi responden berdasarkan pengetahuan akan tarif	158
69.	Distribusi responden berdasarkan persepsi terhadap tarif	159
70.	Distribusi responden berdasarkan kepuasan terhadap pelayanan	160

DAFTAR GAMBAR

nomor		halaman
1.	Kerangka teori	50
2.	Kerangka konsep	51
3.	Struktur organisasi RSUD Wamena	71

DAFTAR GRAFIK

nomor	halaman
1. Jumlah pasien rawat inap	77

DAFTAR LAMPIRAN

nomor		halaman
1.	Pedoman wawancara penelitian	189
2.	Pedoman observasi penelitian	191
3.	Lembar penjelasan untuk responden	192
4.	Formulir persetujuan	193
5.	Kuesioner penelitian	194
6.	Daftar checklist kelengkapan dokumen penelitian	204
7.	Output SPSS frekwensi distribusi karakteristik responden	206
8.	Output SPSS frekwensi distribusi kemampuan membayar responden	211
9.	Output SPSS frekwensi distribusi <i>ATP 1</i> dan <i>ATP 2</i>	214
10.	Output SPSS tabulasi silang <i>ATP 1</i> dan kelas perawatan	216
11.	Output SPSS tabulasi silang <i>ATP 2</i> pengeluaran non makanan dan kelas perawatan	220
12.	Output SPSS tabulasi silang <i>ATP 2</i> pengeluaran non esensial dan kelas perawatan	225
13.	Output SPSS frekwensi distribusi kemauan membayar responden	230
14.	Output SPSS frekwensi distribusi kepuasan responden	232
15.	Surat keputusan pengangkatan komisi penasihat tesis	233
16.	Surat keputusan pengangkatan panitia penilai seminar usul, hasil, dan ujian akhir magister	234
17.	Permohonan izin penelitian	235
18.	Surat rekomendasi Kepala Kesbangpol	236

19. Rekomendasi Direktur RSUD Wamena	237
20. Rekomendasi persetujuan etik	238
21. Curriculum vitae	239

DAFTAR SINGKATAN

Istilah / Singkatan	Keterangan
ABC	Activity-Based Costing
ATK	Alat Tulis Kantor
ATP	Ability to Pay
BEP	Break Event Point
BHP	Bahan Habis Pakai
BLU	Badan Layanan Umum
BLUD	Badan Layanan Umum Daerah
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
CSSD	Central Sterile Supply Department
FKTL	Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan
IPSR	Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit
Jamkesda	Jaminan Kesehatan Daerah
KPS	Kartu Papua Sehat
kWh	kiloWatt-hour
OOP	Out of Pocket
PDB	Produk Domestik Bruto
PLN	Perusahaan Listrik Negara
PNS	Pegawai Negeri Sipil
RCC	Ratio of Cost to Charges

ROI	Return of Investment
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
RVU	Relative Value Unit
TCS	Traditional Costing System
TDABC	Time-Driven Activity-Based Costing
TDL	Tarif Dasar Listrik
UHC	Universal Health Coverage
UPT	Unit Pelaksana Teknis
VIP	Very Important Person
WTP	Willingness to Pay

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Tarif layanan kesehatan RSUD Wamena Kabupaten Jayawijaya masih berdasarkan Peraturan Bupati Jayawijaya Provinsi Papua Nomor 7 Tahun 2014 (Bupati Jayawijaya, 2014) dan Keputusan Direktur RSUD Wamena Kabupaten Jayawijaya Nomor: 445/740/RSUD/2018 Tahun 2018 (Direktur RSUD Wamena, 2018), dimana tarif yang diberlakukan belum berdasarkan biaya satuan dan tanpa memperhitungkan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap tarif dan belum ada perubahan tarif selama 6 tahun. Sementara itu pengeluaran perawatan kesehatan meningkat di seluruh dunia. Sehingga manajemen rumah sakit perlu menerapkan ilmu ekonomi kesehatan untuk mengontrol biaya dan meningkatkan efisiensi. Menentukan biaya satuan layanan medis sangat penting untuk analisis ekonomi kesehatan, termasuk pembiayaan perawatan kesehatan (Vo, Chaikledkaew, Nguyen, Hoang, dan Riewpaiboon, 2018).

RSUD Wamena berdasarkan Peraturan Bupati Jayawijaya Nomor 72 Tahun 2019 (Bupati Jayawijaya, 2019) berubah menjadi Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan Kabupaten Jayawijaya. Sehingga belum berstatus sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

Informasi tentang biaya rumah sakit terbatas di negara berpenghasilan rendah dan menengah (Chatterjee, Levin, dan Laxminarayan, 2013). Di Indonesia, pemerintah tidak memiliki metode yang digunakan untuk menganalisis biaya produk dalam organisasi pemerintahannya yang mengakibatkan tidak diketahuinya biaya standar atau benchmark cost setiap unit produk dari masing-masing organisasi pemerintah sehingga pemerintah tidak dapat mengukur efisiensi biaya yang dikeluarkan oleh setiap organisasi pemerintah (Priyatmo dan Akbar, 2019). Belum ada penelitian yang menggunakan metode standar penetapan biaya untuk menghitung unit cost rumah sakit kabupaten di Indonesia (Dianingati dan Riewpaiboon, 2019).

Informasi biaya sangat penting untuk manajemen kesehatan masyarakat (Vo, Hoang, dan Riewpaiboon, 2018). Informasi biaya sangat penting untuk alokasi pengeluaran perawatan kesehatan yang efisien dan memperkirakan alokasi anggaran di masa depan (Than dkk., 2017). Dalam keadaan sumber daya yang terbatas, efisiensi sangat penting untuk memaksimalkan perawatan pasien (Mandigo dkk., 2015). Pengetahuan tentang biaya layanan kesehatan meningkatkan manajemen fasilitas kesehatan dan membantu pembiayaan kesehatan untuk jaminan kesehatan universal (Jacobs dkk., 2019). Informasi tentang biaya dapat memberikan informasi yang cukup untuk manajer rumah sakit (Newbrander dan Lewis, 1999) dan merupakan kunci untuk berbagai jenis analisis ekonomi dan keuangan (Adam dan Evans, 2006). Penggunaan sumber

daya yang efisien dalam organisasi adalah salah satu tugas penting manajer (Kalhor dkk., 2016). Analisis biaya sangat penting untuk perencanaan dan efisiensi dalam menyediakan layanan rumah sakit (Ezenduka, Ichoku, dan Ochonma, 2012). Pemanfaatan pelayanan rumah sakit mempengaruhi *unit cost* pasien, efisiensi sumber daya yang tersedia, jenis pelayanan medis yang diberikan, dan praktek medis dokter (Than dkk., 2017).

Saat ini perusahaan menghadapi persaingan yang ketat di tingkat global, sehingga ada banyak tekanan untuk meningkatkan produktivitas dan menurunkan biaya produksi. Jadi, untuk mendapatkan metode perkiraan biaya berbagai produk yang diproduksi di perusahaan yang sama secara ketat dan tepat telah menjadi tujuan yang benar-benar strategis (Ben-Arieh dan Qian, 2003). Selanjutnya situasi pasar global layanan kesehatan berubah secara dinamis. Sehingga manajer layanan kesehatan terus mencari metode dan prosedur baru untuk mengelola biaya (Kuchta dan Zabek, 2011).

Selama beberapa tahun, terjadi peningkatan minat sektor kesehatan dalam memahami struktur biaya sebagai suatu pendahuluan yang dibutuhkan untuk meningkatkan efisiensi (Green, Ali, Naeem, dan Vassall, 2001). Memahami biaya layanan kesehatan sangat penting untuk memandu keputusan mengenai alokasi sumber daya yang berdampak langsung untuk perawatan pasien dan hasil kesehatan (McBain dkk., 2018). Informasi biaya membantu manajer dan pembuat keputusan untuk

meningkatkan kualitas layanan medis dan untuk membuat perkiraan biaya (Newbrander dan Lewis, 1999). Juga analisis biaya dan pembiayaan dapat menunjukkan seberapa besar dan bagaimana organisasi rumah sakit memenuhi kebutuhan publik (Shepard, Hodgkin, dan Anthony, 2000).

Metode akuntansi *traditional costing system* (TCS) atau sistem penetapan biaya tradisional, menggunakan pendekatan “*top-down*”, menerapkan *ratio of cost to charges* (RCC) atau *relative value units* (RVU) untuk memperkirakan dan mengalokasikan biaya tidak langsung dan penunjangnya. Meskipun efisien, sebagian besar pendekatan ini bersifat arbitrer dan tidak banyak mendeskripsikan proses layanan kesehatan yang kompleks dan tidak menjelaskan *cost driver* atau pemicu biaya utamanya, sehingga tidak dapat digunakan untuk mengukur nilai (Keswani, Sheikholeslami, dan Bozic, 2018).

Metode akuntansi *activity-based costing* (ABC) atau penetapan biaya berbasis aktivitas, mengalokasikan biaya *overhead* yang lebih tepat dengan menetapkannya pada aktivitas. Setelah biaya ditetapkan ke aktivitas, biaya dapat ditetapkan ke objek biaya yang menggunakan aktivitas tersebut. Sistem ini dapat digunakan untuk mengurangi biaya *overhead* yang ditargetkan. ABC bekerja paling baik di lingkungan yang kompleks, di mana terdapat banyak mesin dan produk, dan proses yang rumit dan tidak mudah dipilah-pilah. Sebaliknya, ABC lebih sedikit digunakan dalam lingkungan di mana proses produksinya sederhana. *Activity-based costing* dikembangkan untuk menghindari masalah biaya tradisional, dengan menggunakan

analisis yang lebih terperinci tentang hubungan antara biaya *overhead* dan *cost driver* (Bragg, 2019).

Akses ke layanan kesehatan sebagian besar bergantung pada *out of pocket* (OOP) atau pengeluaran dari kantong dari para pencari layanan kesehatan terutama di negara-negara yang berpenghasilan rendah dan menengah daripada di negara-negara maju (Gidey, Gebretekle, Hogan, dan Fenta, 2019; Nosratnejad, Rashidian, dan Dror, 2016). Pada tahun 2014, 45 persen dari total pengeluaran kesehatan di Indonesia, belanja *out of pocket* oleh rumah tangga masih merupakan sumber pembiayaan terbesar sekitar 46,9% (Mahendradhata dkk., 2017; Pinto, Masaki, dan Harimurti, 2016). Sehubungan dengan masih besarnya pengeluaran *out of pocket* tersebut, maka *ability to pay* (ATP) atau kemampuan membayar dan *willingness to pay* (WTP) atau kemauan membayar dari pasien dan masyarakat menjadi hal yang penting untuk dapat mengakses layanan kesehatan.

Dari uraian-uraian tersebut diatas maka diperlukan suatu dasar penetapan tarif layanan kesehatan berdasarkan analisis biaya, untuk selanjutnya dibandingkan dengan tarif berdasarkan Peraturan Bupati Jayawijaya Nomor 7 Tahun 2014 dan Keputusan Direktur RSUD Wamena Kabupaten Jayawijaya Nomor: 445/740/RSUD/2018 Tahun 2018. Hasilnya dapat menjadi informasi penting bagi pemerintah daerah untuk menetapkan kebijakan tarif layanan kesehatan RSUD Wamena, khususnya pada

ruangan rawat inap dengan memperhatikan kemampuan dan kemauan membayar masyarakat.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah belum terdapat penetapan tarif layanan kesehatan berdasarkan analisis biaya satuan atau *unit cost* dengan metode *activity-based costing* (ABC), dengan memperhatikan *ability to pay* (ATP) atau kemampuan membayar dan *willingness to pay* (WTP) atau kemauan membayar masyarakat pada ruangan rawat inap RSUD Wamena. Oleh karena itu yang menjadi pertanyaan penelitian adalah:

1. Berapa besarnya biaya satuan layanan kesehatan ruangan rawat inap RSUD Wamena dengan metode *activity-based costing* (ABC)?
2. Berapa besarnya proporsi jasa layanan terhadap tarif layanan kesehatan pada ruangan rawat inap RSUD Wamena?
3. Berapa besarnya tarif layanan kesehatan pada ruangan rawat inap RSUD Wamena untuk selanjutnya dibandingkan dengan tarif berdasarkan Peraturan Bupati Jayawijaya Provinsi Papua Nomor 7 Tahun 2014 dan Keputusan Direktur RSUD Wamena Kabupaten Jayawijaya Nomor: 445/740/RSUD/2018 Tahun 2018.
4. Berapa besarnya *ability to pay* (ATP) atau kemampuan membayar dan *willingness to pay* (WTP) atau kemauan membayar masyarakat

terhadap layanan kesehatan pada ruangan rawat inap RSUD Wamena?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum adalah untuk mengetahui besarnya tarif layanan kesehatan berdasarkan analisis biaya satuan dengan metode *activity-based costing (ABC)*, kemampuan membayar atau *ability to pay (ATP)* dan kemauan membayar atau *willingness to pay (WTP)* masyarakat pada ruangan rawat inap RSUD Wamena.

2. Tujuan Khusus

- a. Menghitung besarnya biaya satuan dengan metode *activity-based costing (ABC)* sebagai jasa sarana pada layanan kesehatan di ruangan rawat inap RSUD Wamena.
- b. Menghitung besarnya proporsi jasa layanan terhadap tarif layanan kesehatan pada ruangan rawat inap RSUD Wamena.
- c. Mengetahui besarnya tarif layanan kesehatan pada ruangan rawat inap RSUD Wamena untuk selanjutnya dibandingkan dengan tarif berdasarkan Peraturan Bupati Jayawijaya Nomor 7 Tahun 2014.
- d. Memperoleh gambaran tentang *ability to pay (ATP)* atau kemampuan membayar atau dan *willingness to pay (WTP)* atau

kemauan membayar masyarakat terhadap layanan kesehatan pada ruangan rawat inap RSUD Wamena.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Ilmu Pengetahuan

Menambah wawasan ilmu kesehatan masyarakat khususnya pembiayaan kesehatan yang berkaitan dengan penetapan tarif layanan kesehatan dan dapat menjadi bahan bacaan bagi peneliti berikutnya di masa yang akan datang.

2. Manfaat Bagi Pemerintah

Menjadi masukan bagi Pemerintah Kabupaten Jayawijaya dalam menentukan arah kebijakan tarif layanan kesehatan berdasarkan biaya satuan dengan memperhatikan kemampuan dan kemauan membayar masyarakat.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Mendapat pengalaman berharga dalam ilmu kesehatan masyarakat khususnya tentang tarif rawat inap rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Republik Indonesia, 2009).

Rumah Sakit yang didirikan oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah harus berbentuk Unit Pelaksana Teknis dari Instansi yang bertugas di bidang kesehatan, Instansi tertentu, atau Lembaga Teknis Daerah dengan pengelolaan Badan Layanan Umum (BLU) atau Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Republik Indonesia, 2009).

Berdasarkan pengelolaannya rumah sakit dapat dibagi menjadi rumah sakit publik dan rumah sakit privat. Rumah sakit publik dapat dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah sakit yang dikelola Pemerintah dan Pemerintah Daerah diselenggarakan berdasarkan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Republik Indonesia, 2009).

Rumah sakit melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulan gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan (Republik Indonesia, 2009).

Rumah sakit adalah organisasi kompleks yang bertanggung jawab atas sebagian besar pengeluaran kesehatan total. Rumah sakit memainkan peran penting dalam memberikan perawatan kepada pasien dengan tingkat kebutuhan yang tinggi (Siciliani, 2018).

Rumah sakit penting bagi sistem pemeliharaan kesehatan. Rumah sakit menyediakan layanan kesehatan dan pelatihan bagi tenaga profesional kesehatan. Rumah sakit juga sebagai sumber pembiayaan terbesar karena menggunakan uang untuk sumber daya manusia yang profesional dan peralatan medis. Selain itu, rumah sakit menyediakan layanan kesehatan primer dan menerima kasus rujukan (Than dkk., 2017). Menurut Newbrander dan Lewis (1999) rumah sakit adalah elemen penting untuk menyediakan layanan kesehatan dan mengkonsumsi bagian tertinggi dari anggaran sektor kesehatan.

Di Amerika Serikat, rumah sakit memainkan peranan penting dalam kesehatan dan perawatan, serta menyediakan layanan emergensi serta perawatan spesialis bagi penduduknya. Biaya perawatan rumah sakit di Amerika Serikat mencapai rekor 1,19 triliun dollar Amerika Serikat pada tahun 2018. Untuk tahun 2020, jumlah ini diperkirakan meningkat menjadi

1,32 triliun dollar Amerika Serikat. Pada tahun 2015, rata-rata biaya rawat inap rumah sakit di Amerika Serikat adalah 5.220 dolar Amerika Serikat per hari (Michas, 2020). Sedangkan Indonesia pada tahun 2020, anggaran pemerintah untuk kesehatan berjumlah sekitar 123 triliun rupiah hampir dua kali lipat dari jumlah yang dialokasikan pada tahun 2016 (Hirschmann, 2020). Pada tahun 2017, pengeluaran kesehatan sebagai bagian dari Produk Domestik Bruto (PDB) di Indonesia mencapai sekitar tiga persen dari PDB nasional (Statista Research Department, 2020).

Rumah sakit merupakan unit layanan kesehatan yang utama dan kompleks karena menghasilkan layanan yang sangat beragam, padat karya, padat modal dan teknologi. Oleh karena itu, rumah sakit harus dikelola secara profesional dan ekonomis. Apalagi semakin meningkatnya tuntutan publik akan layanan rumah sakit yang berkualitas, terjangkau dan merata. Keseimbangan aspek efektifitas, efisiensi, dan pemerataan dengan pola pembiayaan yang adil menjadi penting terutama dalam penentuan tarif rumah sakit secara rasional (Razak, 2018).

Pembiayaan rumah sakit dapat bersumber dari penerimaan rumah sakit, anggaran pemerintah, subsidi pemerintah, anggaran pemerintah daerah, subsidi pemerintah daerah atau sumber lain yang tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Republik Indonesia, 2009).

B. Tinjauan Tentang Biaya

1. Pengertian Biaya

Menurut Mulyadi (2016), biaya dalam arti luas adalah pengorbanan sumber ekonomis, yang diukur dalam satuan uang, yang telah terjadi atau yang kemungkinan akan terjadi untuk tujuan tertentu. Biaya dalam arti sempit adalah sebagai pengorbanan sumber ekonomis untuk memperoleh aktiva.

Menurut Horngren, Datar, dan Rajan (2012), biaya adalah sumber daya yang dikorbankan atau dilepaskan untuk mencapai tujuan tertentu. Menurut E. J. Blocher, Stout, dan Cokins (2010), biaya terjadi saat sumber daya digunakan untuk beberapa tujuan. Menurut Hansen dan Mowen (2007), biaya adalah kas atau nilai setara kas yang dikorbankan untuk mendapatkan barang atau jasa yang diharapkan dapat memberi manfaat saat ini atau di masa depan bagi organisasi. Menurut Carter (2006), biaya adalah suatu nilai tukar, pengeluaran, atau pengorbanan yang dilakukan untuk menjamin perolehan manfaat.

Jadi dapat disimpulkan bahwa biaya adalah suatu nilai tukar atau sumber daya yang dikorbankan atau dikeluarkan dalam bentuk satuan uang untuk mendapatkan barang atau jasa yang dapat memberikan manfaat saat ini atau di masa depan untuk mencapai tujuan tertentu.

2. Klasifikasi Biaya

Berikut ini adalah beberapa jenis klasifikasi biaya:

a. Menurut Mulyadi (2016), atas dasar tujuan yang hendak dicapai, biaya digolongkan antara lain:

1) Menurut objek pengeluaran

Nama objek pengeluaran merupakan dasar penggolongan biaya. Misalnya nama objek pengeluaran adalah bahan bakar, maka nama biayanya disebut “biaya bahan bakar”.

2) Menurut fungsi pokok perusahaan

Dalam perusahaan manufaktur biaya dikelompokkan menjadi:

a) Biaya produksi

Merupakan biaya-biaya untuk mengolah bahan baku menjadi produk jadi yang siap dijual.

b) Biaya pemasaran

Merupakan biaya-biaya untuk melaksanakan kegiatan pemasaran produk.

c) Biaya administrasi dan umum

Merupakan biaya-biaya untuk kegiatan administrasi dan umum.

3) Menurut hubungan biaya dengan sesuatu yang dibiayai.

Biaya produksi dalam hubungannya dengan produk, dibagi menjadi:

a) Biaya langsung (*direct cost*)

Merupakan biaya yang menjadi penyebab satu satunya karena adanya sesuatu yang dibiayai.

b) Biaya tidak langsung (*indirect cost*)

Merupakan biaya yang tidak hanya disebabkan oleh sesuatu yang dibiayai.

4) Menurut perilakunya dalam hubungannya dengan perubahan volume aktivitas.

Biaya dapat digolongkan menjadi:

a) Biaya variabel

Merupakan biaya yang jumlah totalnya berubah sebanding dengan perubahan volume kegiatan.

Menurut Maidin (2013) dalam Darmawansyah, Abadi, Rahmadani, Marzuki, dan Suryaman (2018), biaya variabel adalah semua biaya yang dikeluarkan oleh pihak rumah sakit yang besarnya secara langsung dipengaruhi oleh besarnya output produksi. Biaya variabel meliputi biaya Bahan Habis Pakai (BHP) medis, dan non medis, biaya listrik, biaya air dan telepon.

b) Biaya semivariabel

Merupakan biaya yang berubah tidak sebanding dengan perubahan volume kegiatan.

Menurut Budiman (2013) dalam Darmawansyah dkk. (2018), semivariabel *cost* adalah semua biaya yang dikeluarkan oleh pihak rumah sakit yang besarnya tidak secara langsung dipengaruhi oleh besarnya output produksi pada masing-masing pusat biaya, yang termasuk dalam kategori biaya ini adalah gaji pegawai dan pemeliharaan barang investasi yang pemakaiannya lebih dari satu tahun serta perjalanan dinas. Selanjutnya menurut Bragg (2020a), biaya semivariabel mengandung biaya tetap dan biaya variabel.

c) Biaya *semifixed*

Merupakan biaya yang tetap untuk tingkat volume kegiatan tertentu dan berubah dengan jumlah yang konstan pada volume produksi tertentu.

d) Biaya tetap

Merupakan biaya yang jumlah totalnya tetap dalam kisaran volume kegiatan tertentu.

Menurut Raymond (2001) dalam Darmawansyah dkk. (2018), komponen biaya tetap pada rumah sakit meliputi biaya gedung, alat medis, alat non medis dan kendaraan.

5) Menurut jangka waktu manfaatnya

Atas dasar jangka waktu manfaatnya, biaya dapat dibagi menjadi:

a) Pengeluaran modal (*capital expenditures*)

Merupakan biaya yang mempunyai manfaat lebih dari satu periode akuntansi (biasanya satu tahun kalender)

2) Pengeluaran pendapatan (*revenue expenditures*)

Merupakan biaya yang hanya mempunyai manfaat dalam periode akuntansi terjadinya pengeluaran tersebut.

b. Menurut Özaltın dan Cashin (2014), biaya berdasarkan masa kerjanya diklasifikasikan sebagai berikut:

1) *Capital cost* atau biaya modal

Merupakan biaya aset yang memiliki masa kerja lebih dari satu tahun, misalnya gedung, peralatan kedokteran, komputer, AC, dan furnitur. Biaya modal ditentukan dengan memperkirakan depresiasinya.

2) *Recurrent cost* atau biaya berulang

Merupakan biaya yang berlaku untuk sumber daya yang dikonsumsi dalam satu tahun atau memiliki masa kerja kurang dari satu tahun dan harus diganti secara teratur misalnya gaji, obat-obatan, dan listrik. Biaya

berulang disebut juga disebut sebagai *operating cost* atau biaya operasional)

- c. Dalam pelayanan kesehatan, biaya langsung adalah biaya yang terkait langsung dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit, misalnya biaya rawat inap per malam, biaya untuk pemeriksaan, biaya konsultasi, biaya pemeriksaan penunjang/laboratorium, biaya tindakan medis, biaya obat dan alat kesehatan serta biaya administrasi. Sementara itu biaya tidak langsung adalah biaya yang tidak berhubungan langsung dengan proses pengobatan atau penyembuhan, misalnya biaya transportasi (pergi dan pulang dari rumah sakit) (Aulia, Ayu, dan Nefonafratilova, 2017). Biaya langsung atau *direct cost* pada rumah sakit adalah biaya yang terkait langsung dengan pelayanan pasien di rumah sakit. Misalnya biaya yang timbul pada *Unit Revenue Centre* rumah sakit seperti Unit Rawat Inap, Unit Rawat Jalan, Unit Radiologi, Unit Laboratorium, dan pusat-pusat penghasil atau *revenue centre* lainnya. Biaya tidak langsung atau *indirect cost* pada rumah sakit adalah biaya yang tidak terkait langsung dengan pelayanan pasien. Misalnya biaya yang timbul di Unit Administrasi, Keuangan, Laundry, Sekuriti, dan lain sebagainya (Hani, 2019).

3. Pengertian Akuntansi Biaya

Akuntansi biaya menurut Mulyadi (2016) adalah proses pencatatan, penggolongan, peringkasan dan penyajian biaya, pembuatan dan penjualan produk atau jasa, dengan cara-cara tertentu, serta penafsiran terhadapnya. Objek kegiatan akuntansi biaya adalah biaya. Sedangkan menurut *International Federation of Accountants* (White dan Clinton, 2014), akuntansi biaya adalah mengukur dan melaporkan biaya untuk pelaporan keuangan eksternal atau tujuan pengaturan di mana pedoman dan prinsip harus diikuti dan dipatuhi untuk memenuhi standar dan persyaratan sesuai peraturan, hukum, atau yang lainnya. Akuntansi biaya mengukur, menganalisis, dan melaporkan informasi keuangan dan non keuangan yang berkaitan dengan biaya memperoleh atau menggunakan sumber daya dalam suatu organisasi. Akuntansi biaya memberikan informasi untuk akuntansi manajemen dan akuntansi keuangan (Horngren dkk., 2012).

Akuntansi manajemen menurut E. Blocher dkk. (2008) adalah suatu profesi yang melibatkan kemitraan dalam pengambilan keputusan manajemen, merancang perencanaan dan sistem manajemen kinerja, dan menyediakan keahlian dalam pelaporan dan kontrol keuangan untuk membantu manajemen dalam perumusan dan implementasi strategi organisasi

Akuntansi keuangan berfokus pada pelaporan kepada pihak eksternal seperti investor, lembaga pemerintah, bank, dan pemasok.

Akuntansi keuangan mengukur dan mencatat transaksi bisnis dan memberikan laporan keuangan yang didasarkan pada prinsip-prinsip akuntansi yang diterima secara umum (Horngren dkk., 2012).

Organisasi kesehatan menggunakan akuntansi biaya untuk memperkirakan biaya satuan (Gujral dkk., 2010). Ada dua pendekatan sistem akuntansi dalam penentuan biaya yaitu sistem penetapan biaya tradisional atau *traditional costing system (TCS)* dan sistem penetapan biaya berbasis aktivitas atau *activity-based costing (ABC)* (Javid, Hadian, Ghaderi, Ghaffari, dan Salehi, 2015).

4. Pengertian Pusat Biaya

Pusat biaya atau *cost center* adalah unit organisasi pada rumah sakit, yang ingin diidentifikasi dan dianalisis biayanya (Pavignani dan Colombo, 2009). Pusat biaya di rumah sakit ditetapkan berdasarkan Struktur Organisasi dan Tata Kerjanya (Hani, 2019). Pusat-pusat biaya atau *cost centers*, berdasarkan fungsinya dari sudut pandang administrasi dibagi menjadi *Overhead Cost Centers*, *Intermediate Cost Centers* dan *Final Cost Centers*. *Overhead cost centers* termasuk departemen administrasi. *Intermediate cost centers* adalah farmasi, laboratorium, radiologi, unit perawatan intensif (*ICU*), ruang operasi, penobatan fisik, dan departemen rehabilitasi. *Final cost centers* adalah semua departemen rawat inap dan rawat jalan (Than dkk., 2017).

5. Pengertian Biaya Satuan

Menurut Bragg (2020b), biaya satuan atau *unit cost* adalah pengeluaran untuk menghasilkan satu unit produk atau layanan. Sedangkan menurut Pavignani dan Colombo (2009), biaya satuan adalah total biaya dibagi dengan output (jumlah unit yang diproduksi). Menurut Horngren dkk. (2012), *unit cost* (disebut juga *average cost* atau biaya rata-rata) dihitung dengan membagi total biaya dengan jumlah unit terkait. Menurut Hansen dan Mowen (2007), *unit cost* adalah total biaya unit yang diproduksi dibagi dengan jumlah unit yang diproduksi. Menurut E. J. Blocher dkk. (2010), *unit cost* (juga disebut *average cost* atau biaya rata-rata) adalah total biaya produksi (bahan, tenaga kerja, dan *overhead*) dibagi dengan jumlah unit keluaran. Biaya unit dipengaruhi oleh pemanfaatan layanan rumah sakit oleh pasien, efisiensi sumber daya yang tersedia, jenis layanan medis, dan praktik medis dokter saat ini (Than dkk., 2017).

6. Pengertian Analisis Biaya

Studi analisis biaya dibutuhkan untuk memberikan informasi yang bermakna bagi pembuat kebijakan dan manajer rumah sakit untuk meningkatkan pelayanan dan mengelola sumber daya secara efektif (Dianingati, Riewpaiboon, dan Youngkong, 2019). Menurut Suyanto, Kusnadi, dan Muhandi (2018), analisis biaya atau *cost analysis* merupakan upaya menguraikan dan mencari biaya pelayanan rumah sakit, sehingga jelas komponen dan besarnya untuk menghasilkan

informasi biaya satuan (*unit cost*). Analisis biaya satuan dapat digunakan untuk mengukur kinerja, menyusun anggaran dan subsidi, mengusulkan tarif pelayanan, dan mengetahui pusat biaya yang ada di rumah sakit yang mengalami defisit, sehingga pimpinan rumah sakit akan lebih mudah untuk mengidentifikasi dan melakukan tindakan pencegahan atau intervensi yang diperlukan (Aurelia dan Pujiyanti, 2017).

C. Metode *Activity-Based Costing*

1. Sejarah *Activity-Based Costing*

Activity-based costing (ABC) pertama kali dikembangkan pada sektor manufaktur di Amerika Serikat pada tahun 1970-an, *ABC* berupaya mengidentifikasi *drivers* terbaik dari biaya overhead untuk setiap produk atau proses, dan menggunakan *drivers* tersebut untuk mengalokasikan biaya *overhead* ke produk (Hilsenrath, Eakin, dan Fischer, 2015). Pendekatan ini telah diterima secara luas dalam organisasi pelayanan dan pengelolaan publik dan swasta (Lawson, 2005). *ABC*, yang dikembangkan oleh Cooper dan Kaplan (1988), mengalokasikan biaya aktivitas ke semua layanan berdasarkan konsumsinya. Metode *ABC* dikembangkan untuk mengkompensasi kekurangan *traditional costing system (TCS)*, mengalokasikan *cost driver* yang sesuai untuk setiap aktivitas, dan menghitung objek biaya sesuai dengan aktivitas (Javid dkk., 2015). Metode *ABC* mulai

diterapkan pada pusat perawatan kesehatan dan rumah sakit sejak awal tahun 1990-an (Rajabi dan Dabiri, 2012).

2. **Pengertian *Activity-Based Costing***

Menurut E. J. Blocher dkk. (2010), *Activity-based costing (ABC)* adalah pendekatan penetapan biaya yang menetapkan biaya sumber daya ke objek biaya seperti produk, jasa, atau pelanggan berdasarkan aktivitas yang dilakukan untuk objek biaya tersebut. Produk atau layanan perusahaan adalah hasil dari kegiatan dan kegiatan menggunakan sumber daya yang menimbulkan biaya.

Menurut Jalalabadi, Milewicz, Shah, Hollier, dan Reece (2018), *ABC* adalah alat akuntansi yang mengalokasikan biaya yang dikeluarkan perusahaan dalam menyediakan barang dan jasa kepada konsumen. Menurut Grandlich (2004), *ABC* adalah teknik akuntansi yang memungkinkan organisasi menentukan biaya aktual yang terkait dengan layanannya berdasarkan sumber daya yang dikonsumsi. Menurut Atif, Sulaiman, Shafie, Saleem, dan Ahmad (2012), *ABC* adalah pendekatan untuk mendapatkan informasi biaya nyata dan untuk memecahkan masalah akuntansi. *ABC* memberikan informasi yang lebih akurat mengenai biaya produk dibandingkan dengan sistem akuntansi konvensional.

ABC merupakan metode akuntansi yang memungkinkan rumah sakit untuk menentukan biaya berdasarkan sumber daya yang dikonsumsi (Niasti, Fazaeli, Hamidi, dan Viaynchi, 2019). *ABC* untuk

akuntansi rumah sakit adalah model manajemen biaya yang efektif yang menentukan biaya dan mengevaluasi kinerja keuangan di seluruh departemen (Yereli, 2009).

3. **Konsep *Activity-Based Costing***

Metode *activity-based costing* (ABC) terdiri dari dua tahap. Pertama, dengan menggunakan faktor-faktor biaya terkait, total biaya dari pusat biaya ditentukan ke aktivitas. Kedua dengan menggunakan *cost driver*, maka biaya aktivitas dibagi untuk objek biaya (Javid dkk., 2015).

Biaya sumber daya ditetapkan ke aktivitas berdasarkan aktivitas yang mengkonsumsi sumber daya (*resource consumption drivers*), dan aktivitas ditentukan ke objek biaya berdasarkan aktivitas yang dilakukan untuk objek biaya (*activity consumption drivers*). ABC mengenali hubungan kausal atau langsung antara biaya sumber daya, *cost drivers*, aktivitas, dan objek biaya (E. J. Blocher dkk., 2010). Menurut Kaplan dan Cooper (1998) dalam Priyatmo dan Akbar (2019), ABC secara kausal menghubungkan sumber daya, aktivitas (proses) dan biaya produk. Proses pembebanan biaya dimulai dengan konsumsi sumber daya dan dilanjutkan dengan aktivitas konsumsi oleh produk / jasa.

ABC menetapkan biaya *overhead* pabrik ke objek biaya seperti produk atau layanan dengan mengidentifikasi sumber daya dan aktivitas serta biaya dan jumlah yang dibutuhkan untuk menghasilkan

keluaran. Dengan menggunakan *resource consumption drivers*, perusahaan menentukan biaya sumber daya yang dikonsumsi aktivitas, menghitung biaya unit aktivitas, dan kemudian menetapkan biaya aktivitas ke objek biaya dengan mengalikan biaya setiap aktivitas dengan jumlah aktivitas yang dikonsumsi oleh masing-masing objek biaya (E. J. Blocher dkk., 2010).

Sementara itu menurut Cokins, Lawson, dan Holst (2014), dengan *ABC*, sumber daya ditelusuri ke aktivitas dengan menggunakan *resource drivers*. Kemudian aktivitas ditelusuri ke setiap produk atau layanan (yaitu, objek biaya) dengan menggunakan *activity drivers* yang mengkonsumsi aktivitas tersebut. Hal ini dilakukan dengan menentukan berapa banyak unit aktivitas yang dihasilkan yang dikonsumsi selama periode waktu tertentu dari tiap objek biaya.

ABC berfokus pada proses yang mendorong biaya. Pengukuran kinerja keuangan yang lebih akurat dimungkinkan dengan menelusuri aktivitas perawatan kesehatan kembali ke aktivitas-aktivitas yang menghasilkan biaya (Canby, 1995). Produk atau kinerja layanan mengkonsumsi aktivitas yang kemudian mengkonsumsi sumber daya. *ABC* menetapkan biaya untuk setiap aktivitas dan sumber daya, sehingga biaya total dapat lebih dipahami dan dikelola dengan lebih baik (Goldberg dan Kosinski, 2011). *ABC* banyak digunakan sebagai

instrumen untuk memperkirakan biaya operasinal yang sebenarnya (Mouseli, Barouni, Amiresmaili, Samiee, dan Vali, 2017).

4. Istilah-Istilah *Activity-Based Costing*

Istilah-istilah dalam metode *activity-based costing* (E. J. Blocher dkk., 2010) antara lain:

- a. *Activity* atau aktivitas adalah tugas atau tindakan spesifik yang dilakukan. Suatu aktivitas dapat berupa satu tindakan atau gabungan dari beberapa tindakan. Misalnya, memindahkan barang inventaris dari tempat kerja A ke tempat kerja B adalah aktivitas yang mungkin hanya memerlukan satu tindakan. Sementara itu pengaturan produksi adalah aktivitas yang dapat mencakup beberapa tindakan.
- b. *Resource* atau sumber daya adalah elemen ekonomi yang diperlukan atau dikonsumsi dalam melakukan aktivitas. Misalnya gaji dan persediaan, adalah sumber daya yang dibutuhkan untuk melakukan aktivitas manufaktur.
- c. *Cost driver* atau pemicu biaya adalah faktor yang menyebabkan atau berhubungan dengan perubahan biaya suatu aktivitas. Jumlah cost driver yang diukur atau dikuantifikasi adalah dasar untuk menetapkan biaya sumber daya ke aktivitas dan biaya aktivitas untuk objek biaya atau cost object. *Cost driver* dapat berupa *resource consumption cost driver* dan *activity consumption cost driver*.

Resource consumption cost driver adalah ukuran jumlah sumber daya yang dikonsumsi oleh suatu aktivitas. Ini adalah penggerak biaya untuk menetapkan biaya sumber daya, dikonsumsi oleh atau terkait ke aktivitas, ke aktivitas tertentu atau *cost pool*. Contohnya adalah jumlah item dalam pesanan pembelian atau penjualan, perubahan desain produk, dan jam mesin.

- d. *Cost pools* atau kelompok biaya adalah kelompok dimana biaya dikumpulkan.
- e. *Cost object* atau objek biaya adalah produk, layanan, pelanggan, aktivitas, atau unit organisasi ke mana biaya ditetapkan.

5. Level Aktivitas

Untuk mengidentifikasi biaya sumber daya pada berbagai aktivitas, E. J. Blocher dkk. (2010) mengelompokkan aktivitas-aktivitas berdasarkan cara aktivitas-aktivitas tersebut mengkonsumsi sumber daya.

- a. Aktivitas Tingkat Unit (*Unit-Level Activity*).

Aktivitas ini dilakukan berdasarkan volume untuk setiap unit produk atau layanan perusahaan. Contohnya adalah pemakaian bahan baku langsung, pemakaian jam tenaga kerja langsung, serta pemasukan komponen dan inspeksi setiap unit. Aktivitas bervariasi sesuai dengan kuantitas objek biaya. *Resource consumption cost driver* dan *activity consumption cost driver* cenderung sama untuk aktivitas tingkat unit.

b. *Aktivitas Tingkat Batch (Batch-Level Activity)*.

Aktivitas ini dilakukan untuk setiap *batch*, kelompok unit produk atau jasa. Contohnya adalah menyiapkan mesin, menempatkan pesanan pembelian, menjadwalkan produksi, melakukan inspeksi berdasarkan *batch*, menangani material, dan pengiriman produksi.

c. *Aktivitas Tingkat Produk (Product-Level Activity)*.

Aktivitas ini mendukung produksi produk atau jasa tertentu. Contohnya adalah desain produk, membeli suku cadang produk, dan keterlibatan dalam perubahan rekayasa untuk memodifikasi produk.

d. *Aktivitas Tingkat Fasilitas (Facility-Level Activity)*.

Aktivitas ini mendukung operasional secara umum. Aktivitas ini tidak disebabkan oleh produk atau kebutuhan pelayanan pelanggan dan tidak dapat ditelusuri ke satu unit, *batch*, atau produk. Contohnya adalah penyediaan keamanan untuk pabrik yang melakukan pemeliharaan mesin serba guna, mengelola pabrik, pembayaran pajak bangunan dan asuransi pabrik, serta penutupan buku setiap bulan. Aktivitas ini disebut juga sebagai aktivitas pendukung bisnis atau infrastruktur.

6. Tahapan Implementasi *Activity-Based Costing*

Tahapan implementasi *activity-based costing* menurut Drury (1992) adalah sebagai berikut:

- a. Mengidentifikasi aktivitas utama yang terjadi dalam sebuah organisasi.

Aktivitas utama diidentifikasi dengan melakukan analisis aktivitas misalnya dengan mewawancarai karyawan dan manager. Penting untuk membatasi jumlah aktivitas untuk mencegah kelebihan data (Popesko, 2013).

- b. Menetapkan biaya ke *cost pools* atau *cost centres* untuk setiap aktivitas

Biaya ditetapkan untuk kegiatan dengan *resource cost drivers* atas dasar sebab-akibat, atau dengan mewawancarai staf yang dapat memberikan perkiraan tentang sumber daya yang dikonsumsi oleh berbagai aktivitas.

- c. Menentukan *cost drivers* untuk setiap aktivitas utama.

Untuk menetapkan biaya *cost centres* aktivitas ke produk digunakan *activity cost drivers*. Untuk itu perlu diperhatikan, pertama *activity cost drivers* yang dipilih harus memberikan penjelasan yang baik tentang biaya di setiap *cost pools* aktivitas, dan kedua, harus mudah diukur, relatif mudah diperoleh dan dapat diidentifikasi dengan produk.

Activity cost drivers terdiri dari:

- (1) *Transaction drivers*, yaitu berapa kali suatu kegiatan dilakukan. Contohnya jumlah pesanan pembelian yang diproses, jumlah pesanan pelanggan yang diproses, jumlah

inspeksi yang dilakukan, dan jumlah penyiapan yang dilakukan,

- (2) *Duration drivers*, yaitu jumlah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan suatu aktivitas. Contohnya jam *set-up* mesin dan jam inspeksi.
- (3) *Intensity drivers*, yaitu secara langsung membebankan sumber daya yang digunakan setiap kali suatu aktivitas dilakukan.

7. Manfaat *Activity-Based Costing*

Menurut E. J. Blocher dkk. (2010), manfaat dari *Activity-Based Costing (ABC)* adalah sebagai berikut:

- a. Ukuran profitabilitas yang lebih baik.

ABC menyediakan biaya produk yang lebih akurat dan informatif, yang mengarah pada pengukuran profitabilitas pelanggan dan produk yang lebih akurat, dan keputusan strategis yang lebih terinformasi tentang harga, lini produk, dan segmen pasar.

- b. Pengambilan keputusan yang lebih baik.

ABC menyediakan pengukuran *cost drivers* aktivitas yang lebih akurat, membantu manajer untuk meningkatkan nilai produk dan proses dengan membuat keputusan desain produk yang lebih baik, keputusan dukungan pelanggan yang lebih baik, dan mengembangkan proyek peningkatan nilai.

- c. Peningkatan proses.

Sistem *ABC* memberikan informasi untuk mengidentifikasi area dimana proses peningkatan diperlukan.

d. Perkiraan biaya.

Peningkatan biaya produk menuntun pada perkiraan mengenai biaya pekerjaan yang lebih baik untuk keputusan penetapan harga, penganggaran, dan perencanaan.

e. Biaya kapasitas yang tidak terpakai.

Sistem *ABC* memberikan informasi yang lebih baik untuk mengidentifikasi biaya kapasitas yang tidak terpakai dan menggunakan akuntansi terpisah untuk biaya ini.

8. Perbedaan Metode *Traditional Costing System* dan *Activity-Based Costing*

Perbedaan utama antara metode *traditional costing system* (*TCS*) dan *activity-based costing* (*ABC*) adalah terkait dengan proses alokasi dua tahap. Pada tahap pertama, *TCS* mengalokasikan biaya tidak langsung ke pusat-pusat biaya (biasanya departemen), sedangkan *ABC* mengalokasikan biaya tidak langsung ke pusat-pusat biaya berdasarkan aktivitas bukan departemen. Karena terdapat lebih banyak aktivitas daripada departemen, perbedaan yang menonjol adalah *ABC* akan memiliki lebih banyak pusat biaya pada proses alokasi tahap pertama. Pada tahap kedua, *TCS* menggunakan sejumlah terbatas dari berbagai jenis dasar alokasi yang berbasis volume, sedangkan *ABC* menggunakan berbagai jenis drivers sebab-

akibat yang berbasis *volume* dan *non-volume* (Drury, 2018). TCS mengalokasikan biaya *overhead* dan biaya tidak langsung sebanding dengan volume produksi atau biaya langsung, *ABC* menetapkan biaya melalui aktivitas dalam suatu organisasi (Waters, Abdallah, dan Santillán, 2001).

9. Kelebihan *Activity-Based Costing*

Activity-Based Costing (ABC) dapat membuka wawasan tentang ketidakefisienan di seluruh rantai pasokan dan kapasitas yang berlebihan, yang pada gilirannya dapat memicu layanan untuk menghasilkan lebih banyak manfaat bagi sistem rumah sakit. *ABC* dapat disesuaikan untuk fokus pada unit pengukuran yang memiliki nilai atau *value* yang berkaitan dengan produksi (Jalalabadi dkk., 2018).

ABC mendukung praktik penetapan harga yang lebih baik melalui penetapan biaya yang lebih akurat dan dapat mengidentifikasi sumber daya yang kurang dimanfaatkan dan mengurangi biaya terkait. *ABC* dapat menjadi alat yang berguna untuk menentukan biaya kapasitas yang tidak digunakan dan membuat keputusan manajemen strategis untuk mengurangi biaya (Dowless, 1997; Player, 1998).

ABC sangat efektif bagi perusahaan-perusahaan yang produknya terdiversifikasi dan yang biaya *overhead*-nya relatif signifikan terhadap biaya langsungnya. Dalam industri layanan kesehatan, rumah sakit memberikan layanan yang sangat beragam

kepada pasiennya, dan biaya *overhead*-nya akhir-akhir ini meningkat pesat karena meningkatnya penggunaan komputer dan peralatan (Yook, Yi, dan Kim, 2019). ABC memberikan penetapan biaya produk yang lebih akurat dan informasi biaya produk yang lebih informatif, yang keduanya dapat membantu administrator perawatan kesehatan dalam membuat keputusan yang lebih baik (Chan, 1993). Nilai potensial dari metodologi *ABC* dalam perawatan kesehatan berasal dari penghitungan biaya yang lebih akurat daripada penghitungan biaya *step-down* tradisional, dan potensi untuk mengevaluasi kualitas atau efektivitas perawatan kesehatan berdasarkan aktivitas (Lin dkk., 2007).

10. Kekurangan *Activity-Based Costing*

Penerapan *activity-based costing (ABC)* membutuhkan waktu dan sumber daya yang intensif. Banyak manajer layanan kesehatan, yang telah menerapkan *ABC* dalam organisasinya, telah meninggalkan metode ini karena menghadapi kenaikan biaya dan penolakan dari karyawan akibat dari wawancara yang sering, catatan waktu, dan pengamatan langsung (Lievens, van den Bogaert, dan Kesteloot, 2003).

D. Kemampuan dan Kemauan Membayar

Pengeluaran kesehatan yang sangat besar atau *Catastrophic Health-care Expenditure* terjadi ketika pembayaran melalui *out-of-pocket*

(OOP) untuk layanan kesehatan menghabiskan sebagian besar dari total pendapatan rumah tangga yang tersedia sehingga rumah tangga tersebut berpotensi menghadapi kemiskinan. Hal ini dapat didefinisikan sebagai (a) lebih dari 10% dari total pengeluaran konsumsi bulanan atau (b) lebih dari 40% dari pengeluaran konsumsi non-makanan (Hadaye dan Thampi, 2018).

Dalam beberapa tahun terakhir, akses yang berkeadilan terhadap layanan kesehatan yang berkualitas menuju *Universal Health Coverage (UHC)* telah menjadi prioritas di banyak negara berpenghasilan rendah dan menengah (Ogundeji, Akomolafe, Ohiri, dan Butawa, 2019). Menurut Russell (1996) dalam Aizuddin dan Aljunid (2017), di banyak negara berkembang, orang diharapkan berkontribusi untuk biaya perawatan kesehatan dari sumber daya mereka sendiri. Akibatnya, *Ability to Pay (ATP)* untuk layanan kesehatan telah menjadi isu kebijakan yang penting di negara-negara berkembang. Dimana rumah tangga menghadapi beban biaya gabungan dari berbagai sektor layanan penting. Rumah tangga mungkin tidak punya pilihan selain membayar layanan kesehatannya. Akibatnya, rumah tangga memobilisasi sumber daya yang mereka butuhkan dengan mengorbankan kebutuhan dasar lainnya.

Menurut Russell dkk. (1995) dalam Al Hadri, Probandari, dan Pinzon (2016), terdapat dua metode pengukuran kemampuan dan kemauan membayar masyarakat untuk pelayanan kesehatan, yaitu: (a) Dengan mengobservasi dan membuat contoh pemanfaatan layanan kesehatan

yang lalu, pembelanjaan dan penanggapan terhadap harga. (b) Dengan bertanya secara langsung kepada masyarakat berapa banyak mereka mau dan mampu untuk membayar produk pelayanan kesehatan.

1. Kemampuan Membayar

Konsep kemampuan (ability) serta kemauan (willingness) mendasari setiap keinginan individu atau masyarakat dalam memilih suatu alternatif menurut konsep ekonomi yang berlaku. Permintaan terhadap pelayanan dapat diartikan bertemunya kemampuan dan kemauan membayar (ability and willingness to pay) pada diri seseorang (Munawar, Beku, dan Maidin, 2003). Kemampuan dan kemauan membayar penting karena berpengaruh terhadap tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan dan pendapatan yang diterima (Wirajaya, 2019). Menurut Tjiptoherijanto (1994) dalam Munawar dkk. (2003), kemampuan dan kemauan membayar terkait dengan kumpulan sejumlah faktor sosial demografi (seperti usia, pendidikan, status kesehatan) dan suatu kumpulan faktor ekonomis seperti masalah moneter (misalnya biaya obat-obatan), serta aspek non moneter seperti biaya (waktu) untuk mencari pelayanan, tingkat pendekatan dalam kaitan dengan tingkat biaya pelayanan dan kemampuan mendapatkan uang.

Kemampuan membayar atau *ability to pay (ATP)* adalah ketika seseorang membayar sesuai dengan kemampuan mereka, baik dari diri mereka sendiri atau dengan meminjam dari orang lain (Adisasmita,

2008). *ATP* untuk layanan kesehatan diukur berdasarkan pengeluaran bulanan rumah tangga untuk layanan kesehatan sebagai proporsi dari total pendapatan bulanan rumah tangga. *ATP* dibagi menjadi “mampu membayar” dan “tidak mampu membayar,” menurut definisi *World Health Organization (WHO)* bahwa mereka yang mampu membayar memiliki anggaran perawatan kesehatan $< 5\%$ dari total pendapatannya (Aizuddin dan Aljunid, 2017). Juga *ATP* adalah tingkat kemampuan pembiayaan masyarakat dalam menjangkau pelayanan kesehatan yang diperoleh dari besar pendapatan per kapita masyarakat yang dilihat dari pengeluaran per bulan. Pengertian lain dari *ATP* adalah besar dana sebenarnya yang dapat dialokasikan untuk membiayai kesehatan yang bersangkutan, atau besar dana yang dimiliki dan sanggup dibayarkan untuk memperoleh jasa pelayanan yang dapat dinilai dengan uang (Kurniawan dan Intiasari, 2013).

Selain itu kemampuan membayar atau *ability to pay (ATP)* adalah kemampuan seseorang untuk membayar jasa pelayanan yang diterimanya berdasarkan penghasilan yang dianggap ideal. Dua batasan *ATP* yang dapat digunakan antara lain:

- (a) *ATP 1* adalah besarnya kemampuan membayar yang setara dengan 5 % dari pengeluaran pangan non esensial dan non makanan. Batasan ini didasarkan bahwa pengeluaran untuk non

makanan dapat diarahkan untuk keperluan lain termasuk untuk kesehatan. Rumus ATP 1 adalah sebagai berikut ini:

$$ATP\ 1 = \frac{\text{Total Pendapatan} - \text{Total Pengeluaran}}{\text{Jumlah Beban Tanggungan}} \quad (1)$$

(b) *ATP 2* adalah besarnya kemampuan membayar yang setara dengan jumlah pengeluaran untuk konsumsi alkohol, tembakau, sirih, pesta/upacara. Batasan ini didasarkan kepada pengeluaran yang sebenarnya dapat digunakan secara lebih efisien dan efektif untuk kesehatan. Misalnya dengan mengurangi pengeluaran alkohol/tembakau/sirih untuk kesehatan (Adisasmita, 2008). Rumus ATP 2 adalah sebagai berikut ini:

$$ATP\ 2 = 5\% \text{ Pengeluaran Non Pangan} \quad (2)$$

Menurut Departemen Kesehatan RI (2001) dalam Fauziyyah (2016), kemampuan membayar masyarakat dapat dilakukan dengan pendekatan formula (a) 10% dari *disposable income* yaitu pendapatan yang dapat dipakai setelah dikeluarkan untuk pengeluaran pangan (esensial), (b) 50 % dari pengeluaran rokok (rokok/sirih) ditambah dengan pengeluaran non pangan, (c) 5 % dari total pengeluaran.

Menurut Gani (1997) dalam Munawar dkk. (2003), mengemukakan konsep untuk mengukur ATP dalam pelayanan kesehatan yaitu:

(a) ATP diperkirakan sama dengan 5% pengeluaran rumah tangga untuk non makanan.

- (b) ATP adalah setara dengan pengeluaran rumah tangga yang tergolong sebagai pengeluaran untuk keperluan yang bersifat “non esensial”. Pengeluaran non esensial ini termasuk (1) pengeluaran untuk rokok, alkohol, dan jajan; (2) pengeluaran untuk rekreasi, hiburan dan pesta.

ATP terdiri dari pendapatan yang merupakan besar total rupiah yang diperoleh seluruh individu dalam satu rumah tangga yang berada dalam satu manajemen dapur setiap bulan dan pengeluaran yang dibedakan menjadi pengeluaran pangan, pangan non esensial, dan non pangan. Pengeluaran pangan adalah pengeluaran yang dikeluarkan oleh rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan pangan dalam keluarga yang dihitung dengan satuan biaya. Menurut BPS, pengeluaran pangan terdiri dari padi-padian, umbi-umbian, ikan, daging, telur dan susu, sayur-sayuran, kacang-kacangan, buah-buahan, minyak dan lemak, bahan minuman, bumbu-bumbuan, dan konsumsi lainnya (mie instan dan kerupuk). Pengeluaran pangan non esensial merupakan pengeluaran pangan yang dikeluarkan diluar kebutuhan pokok yang dihitung dengan satuan biaya. Pengeluaran pangan non esensial menurut BPS terdiri dari pengeluaran makanan dan minuman jadi serta tembakau dan sirih. Pengeluaran non pangan merupakan pengeluaran yang dikeluarkan rumah tangga untuk kebutuhan di luar kebutuhan pangan. Variabel pengeluaran non pangan menurut BPS adalah perumahan dan fasilitas rumah tangga,

aneka barang dan jasa, pakaian, barang tahan lama, pajak dan asuransi, dan keperluan pesta/kenduri (Anafia, Witcahyo, dan Utami, 2020).

2. Kemauan Membayar

Kemauan untuk membayar *atau willingness to pay (WTP)* adalah ketika seseorang membayar sesuai dengan kemauannya. Kemauan membayar dipengaruhi oleh aspek lain, seperti kualitas layanan yang diterima, besaran harga, dan pengetahuan masyarakat tentang biaya layanan yang diberikan (Adisasmita, 2008). Juga WTP adalah kesediaan membayar biaya pelayanan kesehatan (Al Hadri dkk., 2016). Menurut Kongstvedl (2000) dalam Al Hadri dkk. (2016), hasil dari kemauan membayar dapat mempengaruhi tingkat pemanfaatan layanan dan sebagai masukan kepada pembuat kebijakan dalam penetapan tarif. Kemauan membayar sering digunakan untuk memberikan informasi pada pengambilan kebijakan di sektor kesehatan. Menurut Gafni (1991) dalam Munawar (2017), faktor-faktor yang mempengaruhi WTP, yaitu pendapatan, pengetahuan mengenai tarif dan persepsi serta penilaian tentang pelayanan yang diterima pasien.

E. Tinjauan Tentang Tarif Rumah Sakit

1. Pengertian Tarif

Tarif rumah sakit adalah imbalan yang diterima oleh rumah sakit atas jasa dari kegiatan pelayanan maupun non pelayanan yang diberikan kepada pengguna jasa (Menteri Kesehatan, 2015). Tarif juga adalah nilai suatu jasa pelayanan yang ditetapkan dengan ukuran sejumlah uang berdasarkan pertimbangan bahwa dengan nilai uang tersebut sebuah rumah sakit bersedia memberikan jasa kepada pasien (Trisnantoro, 2018). Tarif rumah sakit merupakan suatu harga pelayanan kesehatan yang ditetapkan oleh pemerintah daerah setempat, untuk periode waktu tertentu (Darmawansyah dkk., 2018).

2. Dasar Penetapan Tarif

Dalam menetapkan tarif rumah sakit harus memperhatikan asas gotong royong, adil dengan mengutamakan kepentingan masyarakat berpenghasilan rendah, dan tidak mengutamakan untuk mencari keuntungan (Menteri Kesehatan, 2015).

Penetapan tarif rumah sakit harus mengacu pada pola tarif nasional dan pagu tarif maksimal. Pola tarif nasional ditetapkan berdasarkan komponen biaya satuan pembiayaan (*unit cost*) dan dengan memperhatikan kondisi regional, dihitung dengan mempertimbangkan kontinuitas dan pengembangan layanan, daya beli masyarakat, asas keadilan dan kepatutan, dan kompetisi yang sehat. Biaya satuan pembiayaan (*unit cost*) merupakan hasil

perhitungan total biaya (*total cost*) masing-masing kegiatan yang dikeluarkan rumah sakit (Menteri Kesehatan, 2015).

Pagu tarif maksimal ditetapkan oleh Gubernur berdasarkan pola tarif nasional dengan memperhatikan kondisi regionalnya dan berlaku untuk seluruh rumah sakit di wilayah provinsi yang bersangkutan, dan juga harus mempertimbangkan keberlangsungan pelayanan pada setiap rumah sakit di wilayahnya. Dalam hal Gubernur belum menetapkan pagu tarif maksimal, penetapan tarif rumah sakit mengacu pada pola tarif nasional (Menteri Kesehatan, 2015).

Tarif rumah sakit bagi masyarakat yang dijamin oleh program Jaminan Kesehatan Nasional mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Menteri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Menteri Kesehatan, 2015).

Tarif rumah sakit yang dimiliki atau dikelola oleh Pemerintah Daerah yang belum menerapkan pengelolaan keuangan badan layanan umum daerah ditetapkan dengan peraturan daerah yang mengatur mengenai retribusi daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Menteri Kesehatan, 2015).

Secara umum penetapan tarif rumah sakit perlu memperhitungkan antara lain biaya satuan (*unit cost*), jenis pelayanan dan tingkat pemanfaatan, subsidi silang, tingkat kemampuan masyarakat, dan tarif pelayanan pesaing yang setara (Munawar dkk., 2003).

3. Komponen dan Perhitungan Tarif

a. Komponen Tarif

Tarif rumah sakit untuk kegiatan pelayanan diperhitungkan berdasarkan komponen jasa sarana dan jasa pelayanan pada rawat jalan, rawat inap, dan rawat darurat. Komponen jasa sarana merupakan imbalan yang diterima oleh rumah sakit atas pemakaian akomodasi, bahan non medis, obat-obatan, bahan/alat kesehatan habis pakai yang digunakan langsung dalam rangka pelayanan medis dan pelayanan penunjang medis. Komponen jasa pelayanan merupakan imbalan yang diterima oleh pemberi pelayanan atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan/atau pelayanan lainnya. Jasa pelayanan terdiri atas jasa tenaga kesehatan dan jasa tenaga lainnya (Menteri Kesehatan, 2015).

b. Perhitungan Tarif

Perhitungan tarif rawat inap dibedakan berdasarkan kelas perawatan dengan ketentuan sebagai berikut: a. kelas III ditetapkan lebih kecil dari kelas II (dua); b. kelas II (dua) ditetapkan sesuai titik impas (break event point); dan c. kelas selain huruf a dan huruf b, ditetapkan lebih besar dari kelas II (dua) dengan besaran yang ditetapkan berdasarkan asas kepatutan (Menteri Kesehatan, 2015).

Biaya jasa sarana untuk tarif rawat jalan dihitung dari total biaya sarana dibagi total volume kegiatan jumlah kunjungan dalam 1 (satu) tahun. Biaya jasa sarana untuk tarif rawat inap dihitung dari total biaya masing-masing sarana rawat inap dibagi jumlah volume kegiatan masing-masing sarana sesuai kelas perawatan dalam 1 (satu) tahun. Biaya jasa sarana untuk tarif rawat darurat dihitung dari total biaya sarana dibagi total volume kegiatan dalam 1 (satu) tahun (Menteri Kesehatan, 2015).

Biaya jasa pelayanan diperhitungkan dengan mempertimbangkan masukan dari berbagai unsur pelayanan di Rumah Sakit. Biaya jasa pelayanan untuk jenis pelayanan yang sama harus diperhitungkan sama di semua kelas pelayanan. Penentuan besaran biaya jasa pelayanan harus mempertimbangkan keberlangsungan pelayanan (Menteri Kesehatan, 2015).

4. Kebijakan Pentarifan

Kebijakan pentarifan atau *pricing policy* merupakan tahap strategis dan penting dalam rangkaian penghitungan *unit cost* sampai menjadi tarif pelayanan rumah sakit. Kebijakan pentarifan dilakukan oleh jajaran internal rumah sakit dengan mempertimbangkan faktor-faktor penentu dalam proses pentarifan (Hani, 2019).

Kebijakan pentarifan (*pricing policy*) pada proses penyusunan tarif rumah sakit dibagi menjadi dua tahap yaitu kebijakan pentarifan

tahap pertama yaitu menentukan besaran jasa sarana dan kebijakan pentarifan tahap kedua yaitu menentukan proporsi jasa pelayanan terhadap tarif (Hani, 2019).

Kebijakan pentarifan tahap pertama adalah proses penetapan besaran jasa sarana dari hasil perhitungan *unit cost* yang akan menghasilkan *actual unit cost* yang merupakan hasil pembagian antara *total cost* dengan utilisasi. Hasil *actual unit cost* akan menjadi jasa sarana setelah melalui tahapan kebijakan pentarifan yaitu dengan mempertimbangkan *profit margin*, kemampuan dan kemauan membayar (*ATP* dan *WTP*), dan *shadow price* atau tarif *competitor*. Selain itu juga perlu dipertimbangkan bunga bank (*rate*) serta laju inflasi (Hani, 2019).

Kebijakan pentarifan tahap kedua adalah penentuan proporsi jasa pelayanan terhadap tarif yang tergantung pada kebijakan internal rumah sakit terutama jajaran direksi, dan adanya ketentuan dan kaidah normatif yang bisa jadi acuan atau referensi dalam penetapan proporsi jasa pelayanan terhadap tarif (Hani, 2019).

5. Pemanfaatan Tarif

Penggunaan pengeluaran ditentukan oleh Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit yang meliputi pengeluaran untuk: a. belanja barang/jasa dan belanja modal; dan b. belanja pegawai. Penggunaan pengeluaran untuk belanja barang/jasa dan belanja modal ditetapkan dengan proporsi paling sedikit 40% (empat puluh persen) dengan

memperhatikan keberlangsungan pelayanan. Penggunaan pengeluaran rumah sakit yang dikelola oleh swasta dapat mengacu pada proporsi belanja (Menteri Kesehatan, 2015). Sehingga dapat disimpulkan bahwa untuk belanja barang atau jasa dan belanja modal minimal sebesar 40% yang artinya belanja pegawai maksimal 60% (Hani, 2019).

Sementara itu mekanisme pemanfaatan dana BPJS Kesehatan, besaran jasa pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKTL) milik pemerintah dalam kisaran 30 – 50% (tiga puluh sampai dengan lima puluh persen) dari total pendapatan fasilitas kesehatan tersebut. Sedangkan untuk fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan milik swasta pengaturannya diserahkan kepada fasilitas kesehatan tersebut (Menteri Kesehatan, 2014).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa proporsi jasa pelayanan terhadap tarif paling rendah sebesar 30% dan paling tinggi dibawah 60% tergantung pada kebijakan internal rumah sakit dengan mempertimbangkan kemampuan keuangan, daya saing *competitor*, lingkungan eksternal rumah sakit (Hani, 2019).

Penetapan proporsi jasa pelayanan terhadap tarif selain berdasarkan beberapa acuan yuridis juga harus mempertimbangkan kaidah-kaidah normatif di bawah ini (Hani, 2019):

- a. Untuk layanan yang memanfaatkan modalitas alat yang lebih besar dibanding *human skill*, maka proporsi jasa sarana harus

lebih besar daripada jasa pelayanan, contohnya pemeriksaan laboratorium, radiologi dan lain sebagainya dimana harus mempertimbangkan biaya modal dan *ROI (return of investment)*.

- b. Untuk layanan yang memanfaatkan human skill yang lebih besar dibanding modalitas alat, maka proporsi jasa pelayanan harus lebih besar daripada jasa sarana atau minimal sama sesuai kebijakan internal rumah sakit, contohnya tindakan medis operatif di ruang operasi.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 85 Tahun 2015 dapat disimpulkan bahwa (Hani, 2019):

- a. Rawat jalan regular sesuai dengan titik impas (*break event point*).
- b. Kelas III ditetapkan lebih kecil dari kelas II.
- c. Kelas II ditetapkan sesuai titik impas (*break event point*).
- d. Kelas lain ditetapkan lebih besar dari kelas II dengan besaran berdasarkan asas kepatutan.
- e. Rawat darurat lebih besar dari titik impas (*break event point*).

Jika hitungan titik impas (*BEP*) adalah berdasarkan hasil *unit cost* aktual, maka dapat disimpulkan bahwa (Hani, 2019):

- a. *Unit cost* rawat jalan regular sama dengan *unit cost* aktual.
- b. *Unit cost* kelas III lebih kecil dari *unit cost* aktual.
- c. *Unit cost* kelas II sama dengan *unit cost* aktual

- d. *Unit cost* kelas I, *VIP*, *VVIP*, dan kelas khusus lebih besar dari *unit cost* aktual.
- e. *Unit cost* Instalasi Gawat Darurat lebih besar dari *unit cost* aktual.

F. Penelitian Terdahulu

Sebelum dilakukannya penelitian ini, telah ditulis beberapa penelitian mengenai penggunaan metode ABC.

Penelitian-penelitian tersebut akan dikemukakan sebagai berikut.

Tabel 1. Penelitian terdahulu

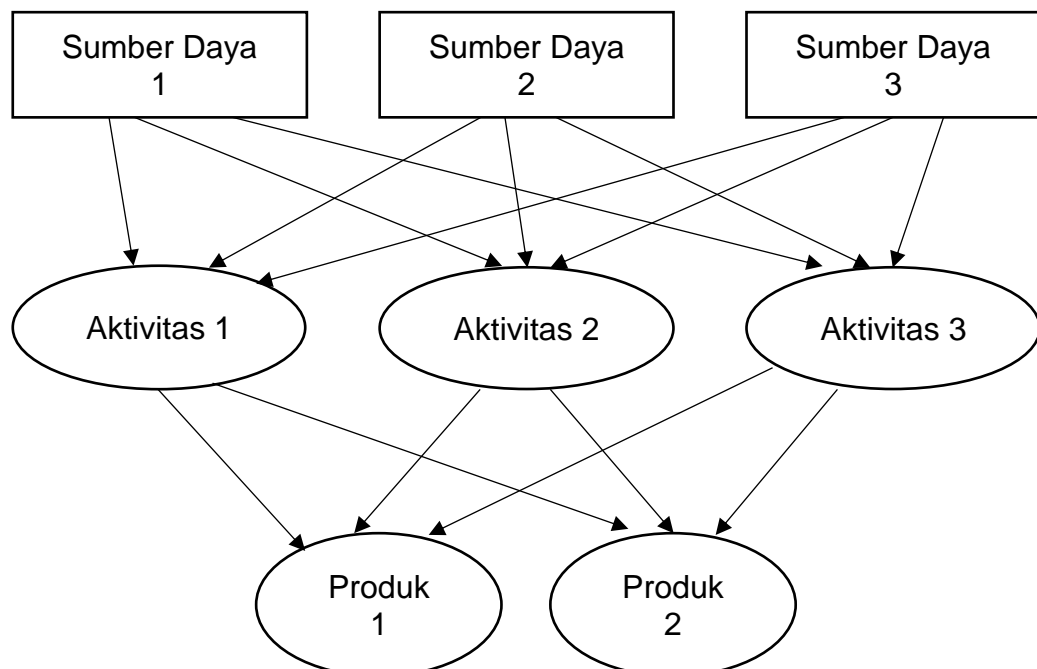
No.	Nama Peneliti dan Sumber Jurnal	Judul dan Nama Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
1	Niasti dkk. (2019)	Applying ABC System for Calculating Cost Price of Hospital Services Case Study: Beheshti Hospital of Hamadan. Clinical Epidemiology and Global Health	Cross-Sectional Study, Activity-Based Costing Model	The study population and sample similarly consisted of the diagnostic imaging ward of Beheshti Hospital in Hamadan.	The highest costs were for human resources (65.2%) and the lowest ones for energy conduits costs (0.4%). According to the obtained results the total cost of the support sector in Beheshti Hospital during the study period was 64,091,093,852 IRR.
2	Mouseli dkk. (2017)	Cost-Price Estimation of Clinical Laboratory Services Based on Activity-Based Costing: A	Cross Sectional Study	The Private Laboratories in The City of Kerman, Iran.	In 2015, the total costs were \$641,645. Direct and indirect costs were 78.3% and 21.7% respectively.

		Case Study from a Developing Country. Electronic physician			Laboratory consumable costs by 37% and personnel costs by 36.3% had the largest share of the costing. Also, group of hormone tests cost the most \$147,741 (23.03%), and other tests group cost the least \$3,611 (0.56%). Also after calculating the cost of laboratory services, a comparison was made between the calculated price and the private sector's tariffs in 2015.
3	Javid dkk. (2015)	Application of the Activity-Based Costing Method for Unit-Cost Calculation in a Hospital. Global journal of health science	Cross-Sectional Study, ABC Method	Accounting Data of Kashani Hospital in 2013.	The Kashani Hospital had 81 physicians, 306 nurses, and 328 beds with the mean occupancy rate of 67.4% during 2012. Unit cost of medical services, cost price of occupancy bed per day, and cost per outpatient service were calculated. The total unit costs by ABC and TCS were respectively 187.95 and 137.70 USD,

					showing 50.34 USD more unit cost by ABC method. ABC method represented more accurate information on the major cost components.
4	Rajabi dan Dabiri (2012)	Applying Activity Based Costing (ABC) Method to Calculate Cost Price in Hospital and Remedy Services. Global journal of health science	Cross-Sectional Study, ABC Method	The Financial Information of The Hospital in 2009.	The cost price from ABC method significantly differs from tariff method. In addition, high amount of indirect costs in the hospital indicates that capacities of resources are not used properly.

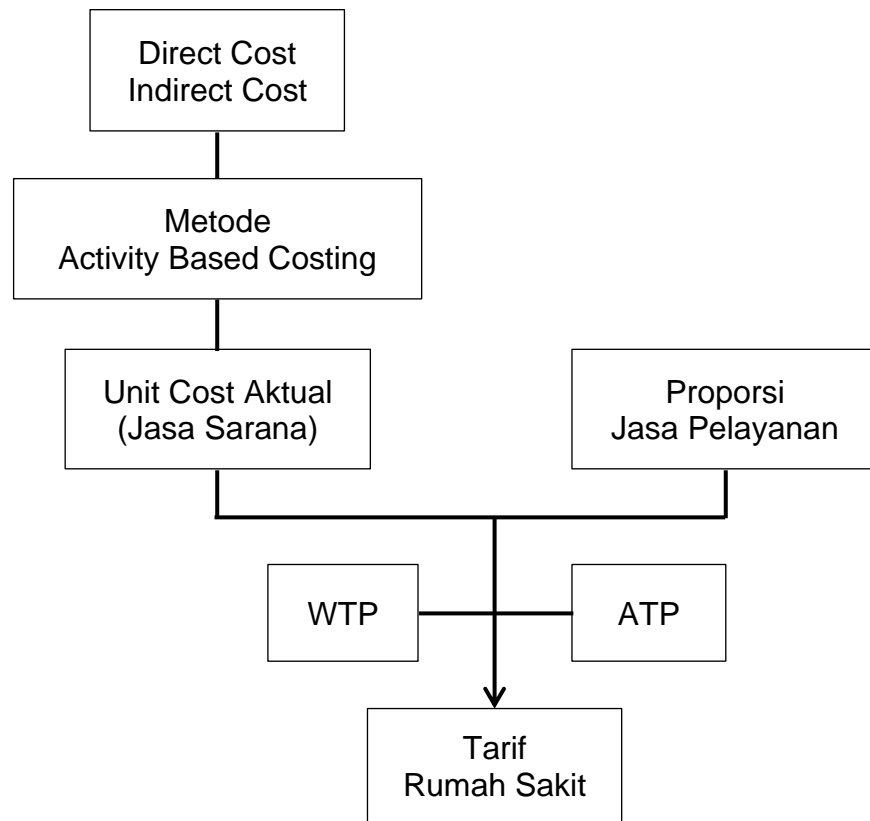
G. Kerangka Teori

Menurut E. J. Blocher dkk. (2010), Javid dkk. (2015), Cokins dkk. (2014), serta Kaplan dan Cooper (1998) dalam Priyatmo dan Akbar (2019), metode ABC dilakukan dalam dua tahap yaitu sumber daya ditelusuri ke aktivitas dengan menggunakan *resource drivers*. Kemudian aktivitas ditelusuri ke setiap produk atau layanan (yaitu, objek biaya) dengan menggunakan *activity drivers*. ABC secara kausal menghubungkan sumber daya, aktivitas (proses) dan biaya produk. Proses pembebanan biaya dimulai dengan konsumsi sumber daya dan dilanjutkan dengan aktivitas konsumsi oleh produk / jasa. Berdasarkan tinjauan pustaka, kerangka teori penelitian diuraikan pada gambar berikut ini:



Gambar 1. Kerangka teori

H. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka konsep

I. Definisi Operasional

Definisi operasional bertujuan untuk membantu atau sebagai pedoman dalam penelitian:

1. Biaya adalah besarnya nilai yang dikeluarkan untuk memperoleh barang ataupun jasa.
2. Biaya tetap atau *fixed cost* merupakan biaya yang jumlah totalnya tetap dalam kisaran volume kegiatan tertentu. Misalnya biaya-biaya untuk gedung, alat medis, alat non medis, dan kendaraan, dan lain-lain.
3. Biaya variabel atau *variable cost* merupakan biaya yang jumlah totalnya berubah sebanding dengan perubahan volume kegiatan. Misalnya biaya-biaya untuk bahan habis pakai (BHP) medis dan non medis, makanan pasien, listrik, air dan telepon.
4. Biaya semivariabel atau *semivariable cost* merupakan biaya yang berubah tidak sebanding dengan perubahan volume kegiatan, mengandung biaya tetap dan biaya variabel. Misalnya biaya-biaya untuk gaji pegawai, pemeliharaan barang investasi yang pemakaiannya lebih dari satu tahun, dan perjalanan dinas.
5. Biaya langsung atau *direct cost* pada rumah sakit adalah biaya yang terkait langsung dengan pelayanan pasien di rumah sakit. Misalnya biaya yang timbul pada *Unit Revenue Centre* rumah sakit seperti Unit Rawat Inap, Unit Rawat Jalan, Unit Radiologi, Unit Laboratorium, dan pusat-pusat penghasil atau *revenue centre* lainnya.

6. Biaya tidak langsung atau *indirect cost* pada rumah sakit adalah biaya yang tidak terkait langsung dengan pelayanan pasien. Misalnya biaya yang timbul di Unit Administrasi, Keuangan, Laundry, Sekuriti, dan lain sebagainya.
7. Akuntansi biaya adalah proses pencatatan, penggolongan, peringkasan dan penyajian biaya, pembuatan dan penjualan produk atau jasa, dengan cara-cara tertentu, serta penafsiran terhadapnya.
8. Pusat biaya atau *cost center* pada rumah sakit adalah unit organisasi yang ingin diidentifikasi dan dianalisis biayanya dan ditetapkan berdasarkan struktur organisasi rumah sakit.
9. Biaya satuan atau *unit cost* adalah biaya yang dikeluarkan untuk menghasilkan suatu produk (barang atau jasa).
10. Biaya rata-rata atau *average cost* adalah total biaya produksi (bahan, tenaga kerja, dan *overhead*) dibagi dengan jumlah unit keluaran.
11. Biaya satuan aktual atau *actual unit cost* merupakan hasil pembagian total cost dengan utilisasi.
12. Biaya total atau *total cost* merupakan penjumlahan biaya tetap, biaya variabel, dan biaya semivariabel atau penjumlahan biaya langsung dan biaya tidak langsung.
13. Analisis biaya atau *cost analysis* rumah sakit merupakan upaya menguraikan dan mencari biaya pelayanan rumah sakit, sehingga jelas komponen dan besarnya untuk menghasilkan informasi biaya satuan (*unit cost*).

14. *Activity based costing* adalah penetapan biaya sumber daya untuk objek biaya atau *cost object* seperti produk, layanan, atau pelanggan, berdasarkan aktivitas yang dilakukan.
15. Level aktivitas adalah identifikasi biaya sumber daya pada berbagai aktivitas,
16. Jasa sarana merupakan imbalan yang diterima oleh rumah sakit atas pemakaian akomodasi, bahan non medis, obat-obatan, bahan/alat kesehatan habis pakai yang digunakan langsung dalam rangka pelayanan medis dan pelayanan penunjang medis.
17. Jasa pelayanan merupakan imbalan yang diterima oleh pemberi pelayanan atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan/atau pelayanan lainnya. Jasa pelayanan terdiri atas jasa tenaga kesehatan dan jasa tenaga lainnya.
18. Kemampuan membayar atau *ability to pay* (ATP) adalah kemampuan seseorang untuk membayar jasa pelayanan yang diterimanya berdasarkan penghasilan yang dianggap ideal.
19. *ATP 1* adalah besarnya kemampuan membayar yang setara dengan 5 % dari pengeluaran pangan non esensial dan non makanan. Rumus ATP 1 sebagai berikut ini:

$$\text{ATP 1} = \frac{\text{Total Pendapatan} - \text{Total Pengeluaran}}{\text{Jumlah Beban Tanggungan}}$$

20. *ATP 2* adalah besarnya kemampuan membayar yang setara dengan jumlah pengeluaran untuk konsumsi alkohol, tembakau, sirih, pesta/upacara. Rumus *ATP 2* sebagai berikut ini:

$$ATP\ 2 = 5\% \text{ Pengeluaran Non Makanan}$$

21. Pengeluaran pangan adalah pengeluaran yang dikeluarkan oleh rumah tangga untuk memenuhi kebutuhan pangan dalam keluarga yang dihitung dengan satuan biaya. Pengeluaran pangan terdiri dari padi-padian, umbi-umbian, ikan, daging, telur dan susu, sayur-sayuran, kacang-kacangan, buah-buahan, minyak dan lemak, bahan minuman, bumbu-bumbuan, dan konsumsi lainnya (mie instan dan kerupuk).
22. Pengeluaran pangan non esensial merupakan pengeluaran pangan yang dikeluarkan diluar kebutuhan pokok yang dihitung dengan satuan biaya. Pengeluaran pangan non esensial terdiri dari pengeluaran makanan dan minuman jadi serta tembakau dan sirih.
23. Pengeluaran non pangan merupakan pengeluaran yang dikeluarkan rumah tangga untuk kebutuhan di luar kebutuhan pangan. Variabel pengeluaran non pangan adalah perumahan dan fasilitas rumah tangga, aneka barang dan jasa, pakaian, barang tahan lama, pajak dan asuransi, dan keperluan pesta/kenduri
24. Kemauan membayar atau *willingness to pay (WTP)* adalah kesediaan membayar biaya pelayanan kesehatan.

25. Persepsi terhadap nilai adalah pandangan atau pendapat responden terhadap pelayanan yang diberikan di oleh rumah sakit.
26. Pengetahuan akan tarif adalah pengetahuan responden tentang harga atau tarif yang ditetapkan oleh rumah sakit
27. Tarif rumah sakit adalah imbalan yang diterima oleh rumah sakit atas jasa dari kegiatan pelayanan maupun non pelayanan yang diberikan kepada pengguna jasa.