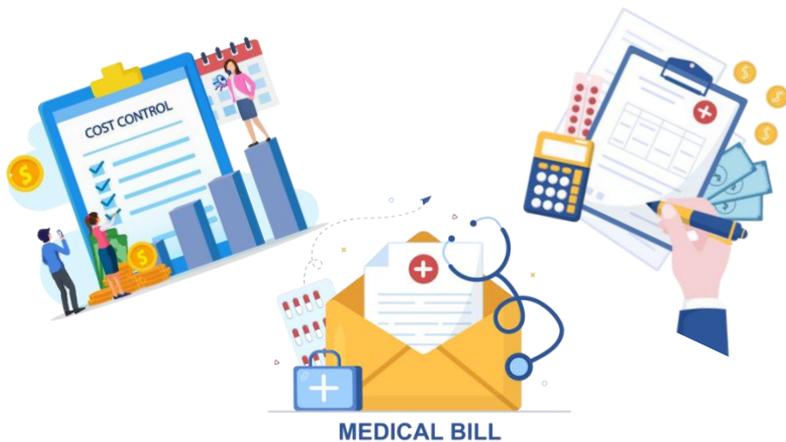


TESIS

ANALISIS *COST RECOVERY RATE (CRR)* BERDASARKAN ANALISIS BIAYA SATUAN DENGAN METODE *ACTIVITY BASED COSTING (ABC)*, TARIF RUMAH SAKIT, TARIF INA-CBGS SEBAGAI DASAR *COST CONTAINMENT* PADA TINDAKAN HEMODIALISIS DI RUMAH SAKIT TK II PELAMONIA MAKASSAR

COST RECOVERY RATE (CRR) ANALYSIS BASED ON UNIT COST ANALYSIS USING THE ACTIVITY BASED COSTING (ABC) METHOD, HOSPITAL RATES, INA-CBGS RATES AS THE BASIS OF COST CONTAINMENT IN HEMODIALYSIS SERVICES AT PELAMONIA HOSPITAL



FOURENTY KUSUMA K022211031



**PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

**ANALISIS *COST RECOVERY RATE (CRR)* BERDASARKAN ANALISIS
BIAYA SATUAN DENGAN METODE *ACTIVITY BASED COSTING (ABC)*,
TARIF RUMAH SAKIT, TARIF INA-CBGS SEBAGAI DASAR *COST
CONTAINMENT* PADA TINDAKAN HEMODIALISIS DI RUMAH SAKIT TK
II PELAMONIA MAKASSAR**

**FOURENTY KUSUMA
K022211031**



**PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

**ANALISIS *COST RECOVERY RATE* (CRR) BERDASARKAN ANALISIS
BIAYA SATUAN DENGAN METODE *ACTIVITY BASED COSTING* (ABC),
TARIF RUMAH SAKIT, TARIF INA-CBGS SEBAGAI DASAR *COST
CONTAINMENT* PADA TINDAKAN HEMODIALISIS DI RUMAH SAKIT TK
II PELAMONIA MAKASSAR**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi
Magister Administrasi Rumah Sakit

Disusun dan diajukan oleh:
FOURENTY KUSUMA

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2024**

TESIS

ANALISIS *COST RECOVERY RATE* (CRR) BERDASARKAN ANALISIS BIAYA SATUAN DENGAN METODE *ACTIVITY BASED COSTING* (ABC), TARIF RUMAH SAKIT, TARIF INA-CBGS SEBAGAI DASAR *COST CONTAINMENT* PADA TINDAKAN HEMODIALISIS DI RUMAH SAKIT TK II PELAMONIA MAKASSAR

NAMA: FOURENTY KUSUMA
NIM: K022211031

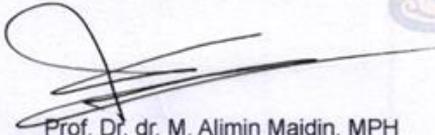
telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian Magister pada tanggal Tujuh Belas bulan Mei tahun Dua Ribu Dua Puluh Empat dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

pada

Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit
Departemen Manajemen Rumah Sakit
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin
Makassar

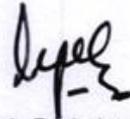
Mengesahkan:

Pembimbing Utama,



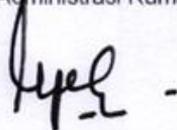
Prof. Dr. dr. M. Alimin Maidin, MPH
NIP. 19550414 198601 1 001

Pembimbing Pendamping,



Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS
NIP. 19650210 199103 1 006

Ketua Program Studi
Magister Administrasi Rumah Sakit,



Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS
NIP. 19650210 199103 1 006

Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin,



Prof. Suko Palutturi, SKM, M.Kes, MSc.PH, Ph.D
NIP. 19720529 2001 12 1 001

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS DAN PELIMPAHAN HAK CIPTA

Dengan ini saya menyatakan bahwa, tesis berjudul "Analisis *Cost Recovery Rate* (CRR) Berdasarkan Analisis Biaya Satuan dengan Metode *Activity Based Costing* (ABC), Tarif Rumah Sakit, Tarif INA-CBGs Sebagai Dasar *Cost Containment* pada Tindakan Hemodialisis di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar" adalah benar karya saya dengan arahan dari tim pembimbing (Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH dan Dr. Syahrir A. Pasinringi). Karya ilmiah ini belum diajukan dan tidak sedang diajukan dalam bentuk apa pun kepada perguruan tinggi mana pun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam Daftar Pustaka tesis ini. Sebagian dari isi tesis ini telah dipublikasikan di *Jurnal Community Practitioner*, Volume 21, Issue 03, Halaman 1075-1090 dan DOI: 10.5281/zenodo.10991167 sebagai artikel dengan judul "ANALYSIS OF UNIT COST USING ACTIVITY BASED COSTING (ABC) METHOD, HOSPITAL TARIFFS, INDONESIAN CASE BASE GROUPS (INA-CBGS) TARIFFS AND COST RECOVERY RATE AS A BASIS FOR COST CONTAINMENT STRATEGIES IN HEMODIALYSIS SERVICES AT X HOSPITAL, INDONESIA". Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini adalah karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut berdasarkan aturan yang berlaku.

Dengan ini saya melimpahkan hak cipta (hak ekonomis) dari karya tulis saya berupa tesis ini kepada Universitas Hasanuddin.

Makassar, 17 Mei 2024



FOURENTY KUSUMA
K022211031

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan bimbinganNya, penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul “Analisis *Cost Recovery Rate* (CRR) Berdasarkan Analisis Biaya Satuan dengan Metode *Activity Based Costing* (ABC), Tarif Rumah Sakit, Tarif INA-CBGS Sebagai Dasar *Cost Containment* pada Tindakan Hemodialisis di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar”. Penulis menyadari bahwa dalam proses penyusunan tesis ini, penulis mendapatkan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang secara langsung maupun tidak langsung telah membantu penulis dalam penyusunan tulisan ini.

Terimakasih kepada **Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH** selaku pembimbing utama dan **Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS** selaku pembimbing pendamping atas pikiran, tenaga dan waktu berharga yang telah dicurahkan selama membimbing dalam penelitian dan penyusunan tesis ini. Dedikasi dan pengetahuan yang beliau berikan telah membantu penulis mengatasi setiap tantangan dan mencapai hasil yang maksimal. Terimakasih kepada **Dr. Fridawaty Rivai, SKM, M.Kes, Dr. Irwandy, SKM, M.Sc.PH., M.Kes** dan **Prof. Dr. Syamsuddin, SE., M.Si., Ak** selaku tim penguji atas saran, arahan dan koreksi yang membangun dan bermanfaat bagi peneliti selama penyusunan tesis ini.

Penulis juga menyampaikan banyak terima kasih serta penghargaan setinggi-tingginya kepada:

1. **Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc**, selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. **Prof. Sukri Palutturi, SKM, M.Kes, MSc.PH, Ph.D** selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
3. **Dr. Syahrir A. Pasinringi, MS**, selaku ketua Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin sekaligus Penasehat Akademik.
4. Seluruh **dosen dan staf Program Studi Magister Administrasi Rumah Sakit** Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah memberikan ilmu pengetahuan yang bermanfaat di bidang administrasi rumah sakit bagi penulis dan bantuan dalam proses tesis ini.
5. Seluruh **staf Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar** yang telah memberikan izin untuk penulis melakukan penelitian, sumbangsih dan waktunya dalam memberikan informasi dan data penelitian yang sangat berharga sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini
6. Teman-teman seperjuangan **mahasiswa MARS Angkatan 4** yang tanpa hentinya memberikan semangat, dukungan dan arahan kepada penulis.
7. Orang tua tercinta, Ayah **Leo Pingdo Bhationo** dan Ibu **Enny Chandra** yang selalu memberikan doa, dukungan, dan semangat kepada penulis.
8. Kakak-kakak tercinta, **Fuista Rica Nagaret, Chiuchiullia** dan **Kuiksuko** yang senantiasa mendukung dan membantu penulis.

9. Keluarga besar yang selalu memberikan bantuan, dukungan, semangat, dan doa yang tulus, sehingga penulis dapat menyelesaikan studi Magister Administrasi Rumah Sakit di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
10. Sahabat-sahabat penulis khususnya Widya, Kwan Silvea, dan Ayumi yang selalu memberikan saran, bantuan dan dukungan kepada penulis.
11. dr. Pramanta, Sp.PD, FPCP atas dukungan dan semangatnya sehingga penulis dapat memulai dan menyelesaikan tesis ini.
12. Sahabat-sahabat dari SMP, SMA, Kuliah S1 yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu atas dukungan dan semangatnya kepada penulis.
13. Rekan kerja dari Prodi S1 FK Unhas dan Rumah Sakit Tk II Pelamonia, yang senantiasa memahami, mendukung, dan membantu penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan studi magister sembari bekerja.
14. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan penelitian ini.

Semoga semua bantuan, dukungan dan doa berharga yang diberikan kepada penulis mendapatkan balasan dari Tuhan Yang Maha Esa. Akhir kata, penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan, baik dari segi penyusunan, bahasa, maupun penulisannya. Maka dari itu, dengan segala hati, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna menjadi acuan agar penulis dapat menjadi lebih baik lagi di masa mendatang

Penulis,

Fourenty Kusuma

ABSTRAK

Fourenty Kusuma. **ANALISIS COST RECOVERY RATE (CRR) BERDASARKAN ANALISIS BIAYA SATUAN DENGAN METODE ACTIVITY BASED COSTING (ABC), TARIF RUMAH SAKIT, TARIF INA-CBGs SEBAGAI DASAR COST CONTAINMENT PADA TINDAKAN HEMODIALISIS DI RUMAH SAKIT TK II PELAMONIA MAKASSAR** (dibimbing oleh M. Alimin Maidin dan Syahrir A. Pasinringi).

Latar belakang. Cakupan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, mencapai 90% dari total populasi di Indonesia dan memberikan dampak yang cukup signifikan, pada akses pelayanan kesehatan di Indonesia. Dengan adanya JKN, rumah sakit harus menghadapi perubahan sistem pembayaran dari fee for service menjadi pembayaran dengan klaim tarif Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs). Hal ini menjadi tantangan bagi rumah sakit, terutama pada pelayanan penyakit katastropik, yang membutuhkan perawatan yang lama dan biaya yang mahal. Salah satunya adalah pelayanan hemodialisis yang diselenggarakan di Rumah Sakit Pelamonia. Penentuan tarif di Rumah Sakit Pelamonia masih berdasarkan regulasi yang berlaku dan tarif dari rumah sakit sekitar serta belum pernah melakukan analisis biaya satuan. Sehingga perlu dilakukan analisis biaya satuan untuk penetapan tarif, mengetahui cost recovery rate (CRR) dan sebagai dasar untuk menyusun strategi pengendalian biaya (cost containment). Biaya satuan juga berperan penting dalam penyusunan rencana bisnis dan akuntabilitas pembiayaan. **Tujuan.** Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis cost recovery rate (CRR) tindakan hemodialisis di Rumah Sakit Pelamonia dengan menggunakan analisis biaya satuan, tarif rumah sakit dan tarif INA-CBGs sebagai dasar cost containment. **Metode.** Penelitian ini merupakan penelitian mix-method, kuantitatif-kualitatif dengan desain sekuensial eksploratif. Data kuantitatif pada penelitian ini menggunakan analisis deskriptif untuk biaya satuan dengan metode Activity Based Costing (ABC) dan menghitung CRR tindakan hemodialisis Rumah Sakit Pelamonia pada tahun 2023. Data kualitatif menggunakan analisis konten dari hasil observasi, wawancara mendalam dan focus group discussion (FGD) dari subjek penelitian. **Hasil.** Analisis biaya satuan metode ABC tindakan hemodialisis memiliki hasil Rp1.163.240 yang lebih besar dari tarif rumah sakit dan tarif INA-CBGs dengan CRR tahun 2023 sebesar 80,82%. Implementasi pengendalian biaya secara umum berjalan dengan baik, hanya saja pengetahuan informan mengenai biaya masih rendah dan penerapan insentif biaya belum diterapkan. Strategi yang diusulkan oleh manajemen untuk mengoptimalkan CRR prosedur hemodialisis antara lain dengan mengevaluasi kembali kerja sama operasional dengan pihak ketiga, penyesuaian tarif rumah sakit, meningkatkan jumlah tindakan dan efisiensi bahan medis habis pakai, obat, laboratorium. **Kesimpulan.** Biaya satuan tindakan hemodialisis di Rumah Sakit Pelamonia tinggi dan hasil CRR masih <100% sehingga berpotensi menyebabkan kerugian keuangan bagi rumah sakit. Rumah Sakit Pelamonia disarankan untuk melakukan analisis biaya satuan untuk setiap pelayanan, menyesuaikan tarif baru, menerapkan strategi pengendalian biaya yang telah direncanakan dan disosialisasikan kepada setiap unit dan staf di rumah sakit.

Kata kunci: Biaya Satuan, Tarif Rumah Sakit, Tarif Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs), Cost Recovery Rate (CRR), Cost Containment, Activity Based Costing (ABC)



ABSTRACT

Fourenty Kusuma. **COST RECOVERY RATE (CRR) ANALYSIS BASED ON UNIT COST ANALYSIS USING THE ACTIVITY BASED COSTING (ABC) METHOD, HOSPITAL TARIFF, INA-CBGs TARIFF AS THE BASIS OF COST CONTAINMENT IN HEMODIALYSIS SERVICES AT PELAMONIA HOSPITAL** (supervised by M. Alimin Maidin and Syahrir A. Pasinringi).

Background. The coverage of the National Health Insurance (NHI) programme in Indonesia by Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, which reaches 90% of the total population in Indonesia, has a significant impact on health services access in Indonesia. With the NHI, hospitals must face changes in the payment system from fee for service to payment with Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) tariff claims. This is a challenge for hospitals, especially for catastrophic diseases that require long treatment and high costs such as the haemodialysis service at Pelamonia Hospital. The tariffs of neighboring hospitals continue to serve as the basis for tariff determination at Pelamonia Hospital; no unit cost study has ever been done. Therefore, in order to set tariffs, ascertain the cost recovery rate (CRR), and serve as the foundation for creating a cost containment strategy, a unit cost analysis must be carried out. **Aim.** This study aims to analyse the cost recovery rate (CRR) of hemodialysis services at Pelamonia Hospital using Activity Based Costing (ABC) Method unit cost analysis, hospital tariff and INA-CBGs tariff as a basis for cost containment. **Methods.** This research uses a mixed-methods, exploratory sequential design, including quantitative and qualitative components. The CRR for hemodialysis therapy at Pelamonia Hospital in 2023 was determined using quantitative data in this study that underwent descriptive analysis for unit costs utilizing the Activity Based Costing (ABC) approach. Content analysis of the findings from observations, in-depth interviews, and focus group discussions (FGDs) with the research subjects was utilized to collect qualitative data. **Results.** Unit cost analysis using the ABC method has results IDR 1,163,240 which was greater than hospital tariff and INA-CBGs tariff with a CRR of 80.82%. The implementation of cost containment is generally going well, except that the informants' knowledge of costs is still lacking and the implementation of cost incentives has not been implemented. The strategies proposed by management to optimise the CRR of haemodialysis procedures include re-evaluating joint cooperation with third parties, adjusting hospital tariffs, increasing the number of actions and efficiency of consumable medical materials, drugs, laboratories. **Conclusion.** The unit cost of haemodialysis treatment at Pelamonia Hospital is high and the CRR result is still <100%, potentially causing financial losses to the hospital. Pelamonia Hospital is advised to conduct a unit cost analysis for each service, adjust the new tariff, implement cost containment strategies that have been planned and socialised to all staff in the hospital.

Keywords: Unit Cost, Hospital Tariff, Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) Tariff, Cost Recovery Rate (CRR), Cost Containment, Activity Based Costing (ABC)



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PENGAJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	iv
UCAPAN TERIMAKASIH	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kajian dan Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	9
1.4 Manfaat Penelitian	10
1.5 Landasan Teori	10
BAB II. METODE PENELITIAN	51
2.1 Rancangan Penelitian	51
2.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	51
2.3 Sumber Informasi, Jenis Data dan Teknik Pengumpulan Data	52
2.4 Instrumen Penelitian	53
2.5 Pengolahan dan Analisis Data	53
2.6 Keabsahan/Validitas Data	54
BAB III. HASIL DAN PEMBAHASAN	55
3.1 Hasil Penelitian	55
3.2 Pembahasan	88
3.3 Implikasi Manajerial	118
3.4 Keterbatasan Penelitian	120
BAB IV. KESIMPULAN DAN SARAN	121
4.1 Kesimpulan	121
4.2 Saran	122
DAFTAR PUSTAKA	123

DAFTAR TABEL

Nomor Urut	Halaman
Tabel 1. Klaim Pasien BPJS Hemodialisis Rawat Jalan Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar Tahun 2022	2
Tabel 2. Literature Review	34
Tabel 3. Mapping Teori Penelitian	44
Tabel 4. Definisi Operasional Penelitian	47
Tabel 5. Sumber Informasi, Jenis Data dan Teknik Pengumpulan Data	52
Tabel 6. Daftar Sumber Daya Manusia (SDM) di Instalasi Hemodialisa RS Tk II Pelamonia Makassar Tahun 2023	56
Tabel 7. Activity center tindakan hemodialisis di Instalasi Hemodialisa RS Tk II Pelamonia Makassar	59
Tabel 8. Biaya Langsung Tindakan Hemodialisis RS Tk II Pelamonia Makassar Tahun 2023	61
Tabel 9. Biaya Direct Resources Overhead di Instalasi Hemodialisa RS Tk II Pelamonia Makassar Tahun 2023	63
Tabel 10. Proporsi Pendapatan RS Tk II Pelamonia Makassar Tahun 2023 Berdasarkan Instalasi	64
Tabel 11. Biaya Indirect Resources Overhead di Instalasi Hemodialisa RS Tk II Pelamonia Makassar Tahun 2023	65
Tabel 12. Dasar Pembebanan Biaya Indirect Resources Overhead RS Tk II Pelamonia Makassar Tahun 2023	65
Tabel 13. Total Biaya Overhead Tindakan Hemodialisis RS Tk II Pelamonia Makassar Tahun 2023	66
Tabel 14. Biaya Satuan Tindakan Hemodialisis RS Tk II Pelamonia Makassar Tahun 2023	66
Tabel 15. Perbandingan Biaya Satuan (Unit Cost), Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBGs Tindakan Hemodialisis RS Tk II Pelamonia Makassar Tahun 2023	67
Tabel 16. Poin Pertanyaan Wawancara Pelaksanaan Cost Awareness di Instalasi Hemodialisa Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar	69
Tabel 17. Hasil Observasi Pelaksanaan Cost Awareness di Instalasi Hemodialisa RS Tk II Pelamonia Makassar	76
Tabel 18. Poin Pertanyaan Wawancara Pelaksanaan Cost Monitoring di Instalasi Hemodialisa Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar	77
Tabel 19. Poin Pertanyaan Wawancara Pelaksanaan Cost Management di Instalasi Hemodialisa Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar	80
Tabel 20. Poin Pernyataan Pelaksanaan Cost Incentive di Instalasi Hemodialisa RS Tk II Pelamonia Makassar	83

DAFTAR GAMBAR

Nomor Urut	Halaman
Gambar 1. Kajian Masalah Penelitian	8
Gambar 2. Model 2 tahap Activity Based Costing (ABC).....	25
Gambar 3. Konsep Dasar Activity Based Costing (ABC).....	25
Gambar 4. Model Sistem Formulasi Strategi Cost Containment.....	29
Gambar 5. Kerangka Teori Penelitian.....	45
Gambar 6. Kerangka Konseptual Penelitian	46
Gambar 7. Struktur Organisasi Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar.....	56
Gambar 8. Spesifikasi Alat Hemodialisis Joyheal JHM-2028.....	57
Gambar 9. Alur Pelayanan Pasien Hemodialisis RS Tk II Pelamonia Makassar	58
Gambar 10. Peta Proyek Kesadaran Biaya (Cost Awareness) Berdasarkan Pengetahuan akan Biaya	74
Gambar 11. Peta Proyek Kesadaran Biaya (Cost Awareness) Berdasarkan Pemahaman Akan Harga	75
Gambar 12. Peta Proyek Pelaksanaan Pemantauan Biaya (Cost Monitoring).....	79
Gambar 13. Peta Proyek Pelaksanaan Manajemen Biaya (Cost Management)	82
Gambar 14. Peta Proyek Pelaksanaan Pemberian Insentif (Cost Incentive)	84
Gambar 15. Peta Proyek Strategi Cost Containment Tindakan Hemodialisis Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar	87

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Urut	Halaman
Lampiran 1. Formulir Observasi Pelaksanaan Cost Awareness	129
Lampiran 2. Daftar Poin Pertanyaan Wawancara Mendalam Tidak Terstruktur Mengenai Pelaksanaan Cost Containment	130
Lampiran 3. Rincian Biaya Langsung Tindakan Hemodialisis Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar	132
Lampiran 4. Dokumentasi Kegiatan	133
Lampiran 5. Transkripsi Focus Group Discussion (FGD)	134
Lampiran 6. Rekomendasi Persetujuan Etik	140
Lampiran 7. Izin Penelitian Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu.....	141

BAB I. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dengan berkembangnya peradaban manusia dan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, khususnya di bidang kesehatan, rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan perlu memberikan layanan kesehatan yang berkualitas kepada masyarakat. Kebutuhan masyarakat yang semakin meningkat akan layanan kesehatan menjadi tantangan tersendiri bagi rumah sakit yang harus menyediakan layanan yang komprehensif dengan harga yang kompetitif. (Aurelia and Pujiyanti, 2017)

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) juga memiliki dampak yang besar terhadap layanan kesehatan di Indonesia. Implementasi JKN menandai awal dari periode baru dalam sistem pembayaran untuk sebagian besar rumah sakit di Indonesia. Sebelumnya, rumah sakit menggunakan sistem pembayaran berdasarkan *fee for service* (FFS), tetapi kini beralih ke sistem pembayaran berbasis klaim yang menggunakan *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs). (Mardiah and Rivany, 2017)

Per 1 Maret 2023, cakupan peserta JKN sudah mencapai sekitar 90% dari total penduduk Indonesia. Situasi ini dapat dianggap sebagai potensi risiko atau kesempatan bagi rumah sakit di Indonesia. Kesempatan muncul apabila rumah sakit dapat memanfaatkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan baik. Jika terjadi selisih klaim positif yang menguntungkan, rumah sakit dapat menyesuaikan diri dengan tarif INA-CBGs. Namun, jika terjadi selisih klaim negatif yang merugikan, rumah sakit mungkin akan menghadapi kesulitan dalam memberikan pelayanan yang optimal, yang pada gilirannya dapat menjadi ancaman bagi stabilitas keuangan rumah sakit..(Mardiah and Rivany, 2017)

Penyakit katastropik merujuk pada kondisi medis yang memerlukan perawatan yang intensif dan mahal secara finansial. Di dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), beberapa contoh penyakit katastropik meliputi gangguan jantung, gagal ginjal, kanker, stroke, penyakit hati sirosis, talasemia, leukemia, dan hemofilia. Menurut BPJS Kesehatan, penyakit katastropik adalah penyebab utama dari klaim biaya perawatan kesehatan yang tinggi di dalam JKN.(Media Info BPJS Kesehatan, 2022)

Pada tahun 2020, BPJS Kesehatan menanggung 19,9 juta kasus katastropik dengan biaya yang mencapai Rp20 triliun atau sebesar 25% dari total klaim biaya layanan kesehatan JKN-KIS. Terdapat 8 penyakit yang menghabiskan anggaran tersebut, yakni penyakit jantung yang menempati posisi pertama dengan proporsi pembiayaan katastropik terbesar, yaitu 49%. Kemudian disusul oleh penyakit kanker 18%, stroke 13%, gagal ginjal 11%, talasemia, sirosis hepatis, leukimia, dan hemofilia.(Media Info BPJS Kesehatan, 2022)

Menurut ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 812 Tahun 2010 tentang penyelenggaraan layanan dialisis di fasilitas kesehatan, hemodialisis adalah suatu prosedur medis yang diterapkan pada pasien yang menderita penyakit

ginjal kronis. Prosedur ini melibatkan penggunaan alat khusus yang dimaksudkan untuk menghilangkan zat-zat berbahaya seperti uremia dan menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit dalam tubuh. (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2010)

Tindakan hemodialisis pada penderita gagal ginjal kronis dapat dilakukan 2-3 kali dalam seminggu. Fungsi ginjal yang telah rusak pada pasien gagal ginjal kronis dapat digantikan melalui proses hemodialisis ini. Sehingga tindakan hemodialisis ini sangat dibutuhkan oleh pasien gagal ginjal kronis demi menunjang kelangsungan hidup dan akan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Menurut data *Indonesian Renal Registry* (IRR), terdapat kenaikan jumlah pasien hemodialisis setiap tahunnya. Sejak tahun 2007, jumlah pasien hemodialisis terus meningkat dari 4.977 pasien menjadi 66.433 pasien pada tahun 2018. (Perkumpulan Nefrologi Indonesia, 2018) Kementerian Kesehatan mencatatkan bahwa jumlah penderita gagal ginjal kronis di Indonesia hingga tahun 2022 mencapai 6 juta orang dan 100 ribu orang diantaranya telah menerima pelayanan hemodialisis atau cuci darah. (PERSI, 2023)

Layanan hemodialisis di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar telah menjadi salah satu layanan unggulan dalam pengobatan pasien gagal ginjal di Makassar. Berikut merupakan klaim pasien BPJS hemodialisis rawat jalan di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar pada tahun 2022 pada tabel 1.1.

Tabel 1. Klaim Pasien BPJS Hemodialisis Rawat Jalan Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar Tahun 2022

BULAN	JUMLAH KASUS	TARIF INA-CBGS	TARIF RS	SELISIH PENDAPATAN
JANUARI	0	Rp0	Rp0	Rp0
FEBRUARI	0	Rp0	Rp0	Rp0
MARET	5	Rp4.448.500	Rp5.559.880	-Rp1.111.380
APRIL	54	Rp48.043.800	Rp61.001.486	-Rp12.957.686
MEI	97	Rp86.300.900	Rp109.239.365	-Rp22.938.465
JUNI	128	Rp113.881.600	Rp145.185.889	-Rp31.304.289
JULI	130	Rp115.661.000	Rp151.619.331	-Rp35.958.331
AGUSTUS	146	Rp129.896.200	Rp169.618.397	-Rp39.722.197
SEPTEMBER	146	Rp129.896.200	Rp168.316.077	-Rp38.419.877
OKTOBER	125	Rp111.212.500	Rp141.117.948	-Rp29.905.448
NOVEMBER	167	Rp148.579.900	Rp191.816.930	-Rp43.237.030
DESEMBER	208	Rp185.057.600	Rp246.599.734	-Rp61.542.134
TOTAL	1.206	Rp1.072.978.200	Rp1.390.075.037	-Rp317.096.837

Sumber: Bagian PPTARS Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar Tahun 2022

Dalam menentukan tarif pelayanan kesehatan di rumah sakit, sangatlah penting untuk mengetahui dan menghitung secara akurat berapa biaya satuan (*unit cost*) yang dibutuhkan untuk menghasilkan pelayanan tersebut. Tingkat pemulihan

biaya atau *cost recovery rate* (CRR) pelayanan tersebut pun dapat dihitung untuk mengetahui apakah pelayanan tersebut menghasilkan kerugian atau keuntungan bagi rumah sakit. Dalam suatu organisasi rumah sakit, dapat dikatakan ideal apabila memiliki *cost recovery rate* (CRR) > 1 atau 100%. Apabila CRR = 1 atau 100%, maka organisasi rumah sakit tersebut dikatakan belum mendapatkan keuntungan karena pendapatan yang dihasilkan sama atau kurang dari biaya yang dikeluarkan. Sehingga analisis biaya satuan merupakan hal yang sangat penting dalam mendorong seluruh elemen yang berkepentingan untuk menganalisis secara tepat berapa biaya pelayanan yang dikeluarkan. (Aurelia and Pujiyanti, 2017; Gani, 1996)

Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar merupakan salah satu tempat rujukan bagi pasien gagal ginjal kronis untuk mendapatkan layanan hemodialisis. Berdasarkan data Bagian PPTARS Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar tahun 2022 yang telah diolah penulis, tercatat jumlah tindakan rawat jalan hemodialisis sebanyak 1.206 kasus dengan selisih klaim negatif yang bermakna, yakni sebesar Rp 317.096.837 pada tindakan hemodialisis (Tabel 1.1).

Berdasarkan data di atas, adanya selisih negatif pada klaim tindakan pelayanan dari salah satu penyakit katastropik (gagal ginjal kronis) yang memerlukan waktu pengobatan yang lama tentunya akan berdampak pada tingkat pemulihan biaya (*cost recovery rate*) Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar. Oleh karena itu, penetapan tarif rumah sakit berbasis pada analisis biaya satuan (*unit cost*) penting sekali dilakukan untuk menghasilkan tingkat pemulihan biaya yang baik. Perhitungan biaya satuan (*unit cost*) dan *cost recovery rate* (CRR) juga berfungsi sebagai dasar manajemen rumah sakit untuk menerapkan upaya pengendalian biaya (*cost containment*).

Rumah sakit dapat memanfaatkan analisis biaya dengan mempergunakan penghitungan biaya satuan (*unit cost*) sebagai landasan evaluasi kinerja, penyusunan rencana anggaran dan subsidi, serta sebagai dasar dalam menetapkan tarif layanan. Dengan cara ini, manajemen rumah sakit dapat lebih mudah mengenali bagian-bagian yang mengalami defisit dalam pengeluaran, sehingga langkah-langkah pencegahan atau intervensi yang dibutuhkan dapat segera diambil. (Aurelia and Pujiyanti, 2017)

Penetapan tarif di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar saat ini masih mengacu pada tarif yang telah ditetapkan oleh rumah sakit sejenis lainnya serta sesuai dengan peraturan yang berlaku. Pendekatan ini merupakan yang paling sederhana karena tidak memerlukan perhitungan biaya per unit yang rumit dan rinci mengingat banyaknya jenis pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit. Namun, pengabaian terhadap biaya per unit dapat mengakibatkan kerugian keuangan bagi rumah sakit karena kurangnya kontrol mutu dan pengendalian biaya (*cost containment*) secara efisien.

Dalam melakukan analisis biaya satuan (*unit cost*) terdapat berbagai metode yang dapat digunakan. Metode *Activity Based Costing* (ABC) dianggap sebagai metode terbaik untuk analisis biaya satuan dalam beberapa konteks karena memberikan gambaran yang lebih akurat dan rinci tentang sebenarnya penggunaan sumber daya dan biaya untuk setiap kegiatan atau produk. ABC membantu rumah

sakit dalam menetapkan harga produk atau layanan dengan lebih akurat. Dengan memahami biaya secara lebih mendetail, rumah sakit dapat menetapkan harga yang mencakup biaya sesungguhnya dan memberikan keuntungan yang diinginkan.

Berdasarkan uraian di atas, maka peneliti berencana melakukan penelitian yang berjudul “Analisis *Cost Recovery Rate* (CRR) Berdasarkan Analisis Biaya Satuan dengan Metode *Activity Based Costing* (ABC), Tarif Rumah Sakit, Tarif INA-CBGs Sebagai Dasar *Cost Containment* pada Tindakan Hemodialisis di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar”.

1.2 Kajian dan Rumusan Masalah

Rumah sakit sebagai suatu organisasi yang menghasilkan produk jasa pelayanan kesehatan dituntut untuk selalu memberikan pelayanan yang berkualitas dan bermutu. Peningkatan kualitas dan mutu layanan rumah sakit ini berkaitan dengan peningkatan sumber daya, sarana penunjang serta pengelolaan manajemen rumah sakit yang baik agar bisa meningkatkan kemampuan daya saing yang pada akhirnya akan meningkatkan pendapatan rumah sakit tersebut.

Untuk menjaga kelangsungan operasionalnya, rumah sakit perlu memastikan pengelolaan keuangannya optimal, termasuk dalam penetapan tarifnya. Penetapan tarif memiliki peran kunci dalam memastikan keberlangsungan dan manajemen yang efektif di rumah sakit. Penetapan tarif yang wajar dan proporsional memiliki dampak signifikan terhadap mutu pelayanan kesehatan yang diberikan. Tarif rumah sakit mengacu pada nilai uang dari layanan kesehatan yang disediakan. Sesuai dengan ketentuan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 85 tahun 2015 mengenai pola tarif nasional rumah sakit, tarif rumah sakit merupakan imbalan yang diberikan kepada rumah sakit atas layanan yang diberikan kepada pengguna, baik berupa layanan medis maupun non-medis. (Sudirman, 2020)

Rumah sakit harus melakukan penetapan tarifnya dengan teliti agar mampu mendukung operasional dan perkembangannya tanpa mengabaikan tanggung jawabnya dalam memberikan layanan publik. Penting untuk diingat bahwa rumah sakit merupakan badan nirlaba yang eksistensinya bertujuan untuk memenuhi kebutuhan masyarakat tanpa fokus pada keuntungan finansial. Namun, hal ini tidak berarti rumah sakit tidak boleh memperhitungkan biaya dan mencari profitabilitas. Sebaliknya, rumah sakit perlu memperhitungkan biaya yang dibutuhkan untuk menyediakan layanan kesehatan yang berkualitas. Meskipun rumah sakit pemerintah mendapatkan dukungan keuangan dari pemerintah untuk mendukung operasionalnya demi kepentingan masyarakat, namun rumah sakit juga harus mandiri dalam kegiatan operasionalnya agar tidak memberi beban tambahan kepada masyarakat. Sebagai badan nirlaba, rumah sakit tidak berorientasi pada laba, tetapi pada konsep surplus. Kelebihan dana ini seharusnya digunakan untuk mendukung pengembangan rumah sakit sesuai dengan rencana strategis yang telah ditetapkan. (Sudirman, 2020)

Untuk menilai kemampuan suatu pelayanan rumah sakit dalam membiayai operasionalnya digunakan istilah tingkat pemulihan biaya atau *cost recovery rate*

(CRR) yang diperoleh dari perbandingan antara total pendapatan dengan total biaya yang dikeluarkan. Suatu organisasi rumah sakit dikatakan ideal apabila *cost recovery rate* (CRR) > 1 atau 100%. (Gani, 1996; Pudjirahardjo, 1998). Artinya setiap 1 rupiah biaya dijamin oleh >1 rupiah pendapatan.

Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar merupakan rumah sakit kelas B berlokasi di tengah kota Makassar dan telah terakreditasi SNARS predikat "Paripurna". Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar memiliki beberapa layanan unggulan termasuk pelayanan hemodialisis. Adapun pendapatan yang diperoleh dari Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar dari pelayanan kesehatan saat ini masih didominasi oleh Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) menggunakan pengklaiman tarif *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs). (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2023)

Data dari bagian PPTARS Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar tahun 2022 tercatat jumlah klaim BPJS pada tindakan hemodialisis rawat jalan tercatat sebanyak 1.206 kasus dengan selisih negatif sebesar Rp 317.096.837 jika dibandingkan dengan tarif rumah sakit. Dengan adanya selisih negatif antara tarif INA-CBGs dan tarif rumah sakit di atas, dapat diketahui bahwa tingkat pemulihan biaya atau *cost recovery rate* (CRR) dari tindakan tersebut masih di bawah 100%.

Menurut Aritonang (2019), terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi tidak tercapainya CRR rumah sakit. Secara garis besar terbagi atas: (Aritonang, 2019)

1. Faktor Internal: jenis layanan, sumber daya manusia, sarana dan prasarana kesehatan, *marketing/* pemasaran
2. Faktor Eksternal: sosial ekonomi, pesaing, kebijakan pemerintah
3. Biaya: biaya langsung, biaya tidak langsung, biaya satuan (*unit cost*), pengendalian biaya (*cost containment*)
4. Tarif: tarif rumah sakit, tarif pesaing, penetapan tarif

Menurut Ulandari, dkk (2021), dalam era JKN, pertumbuhan pendapatan rumah sakit dapat dicapai dengan mencapai target unit produksi, salah satunya adalah memenuhi target Bed Occupancy Rate (BOR) minimal 80%. Target BOR ini dapat dicapai dengan meningkatkan volume kunjungan pasien. Cara lain untuk meningkatkan pendapatan adalah dengan meningkatkan pendapatan per pasien melalui pemeriksaan penunjang terutama pada layanan rawat jalan. Dengan mengelola biaya secara efisien, peningkatan pendapatan dapat menghasilkan peningkatan profitabilitas rumah sakit. (Ulandari *et al.*, 2021)

Dengan meningkatkan jumlah produksi (Q), biaya unit rumah sakit kemungkinan akan menurun karena tingkat penggunaan akan lebih tinggi. Fasilitas kesehatan tingkat lanjut menghadapi tantangan dan risiko untuk mengelola keuangan secara efisien dan mengontrol biaya produksi agar tidak meningkat. Meskipun biaya produksi terus meningkat dari tahun ke tahun, tidak ada peningkatan yang signifikan dalam tarif INA-CBGs, yang menyebabkan penurunan margin. Rumah sakit dapat mengalami kerugian jika tidak dapat mengendalikan biaya produksi. (Ulandari *et al.*, 2021)

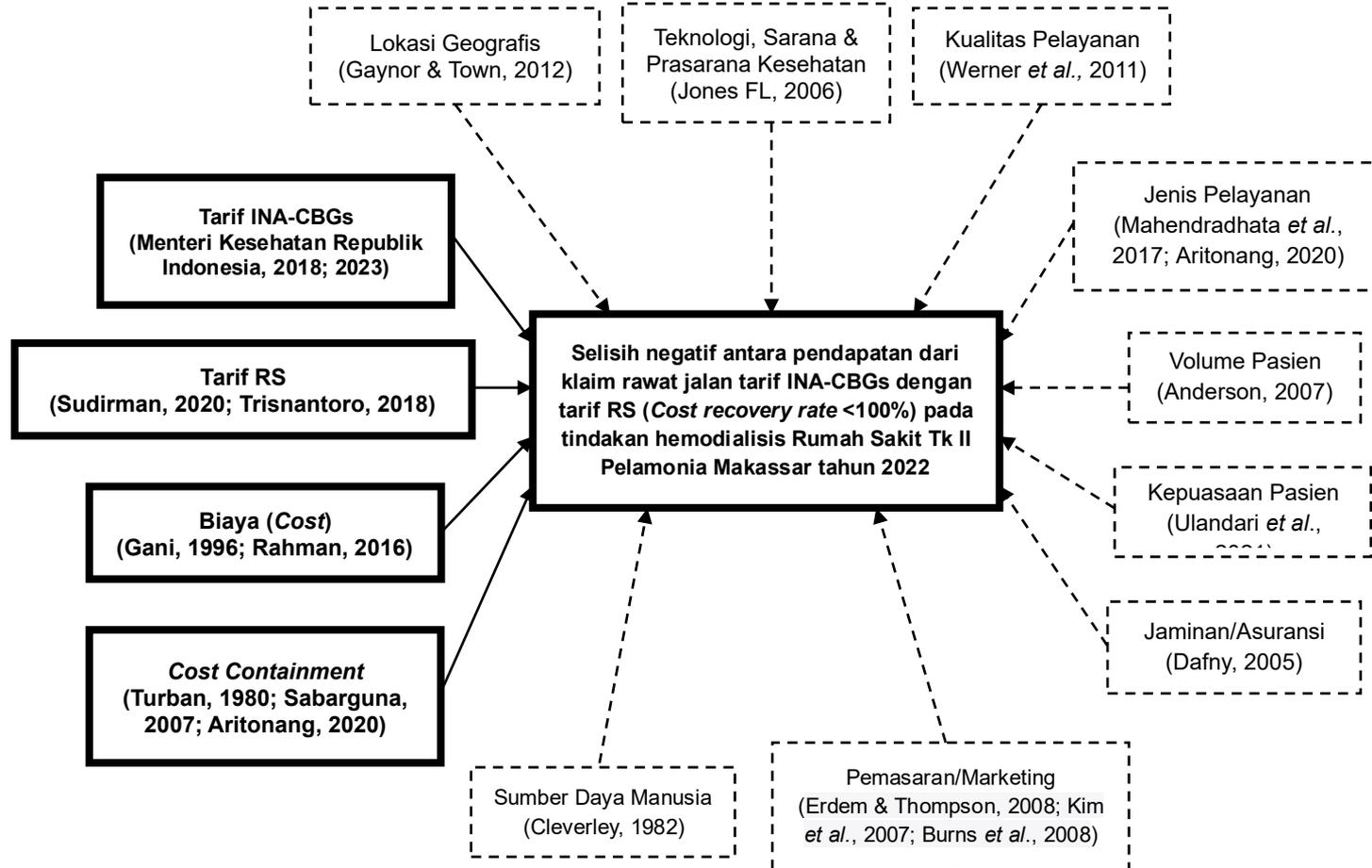
Pendapatan rumah sakit dipengaruhi oleh berbagai faktor yang kompleks. Berikut beberapa faktor yang mempengaruhi pendapatan rumah sakit:

1. Volume Pasien: Jumlah kunjungan pasien yang dilayani baik rawat inap maupun rawat jalan, sangat mempengaruhi pendapatan rumah sakit. Semakin banyak pasien, semakin besar pendapatan. (Anderson, 2007)
2. Jenis Pelayanan: Jenis pelayanan yang ditawarkan oleh rumah sakit mempengaruhi pendapatan. Pelayanan khusus seperti bedah atau perawatan intensif cenderung menghasilkan pendapatan yang lebih tinggi. Berkaitan dengan jaminan kesehatan nasional (JKN), Tarif INA-CBGs didasarkan pada berbagai kategori kasus pasien, dengan setiap kategori memiliki tingkat tarif yang berbeda. Kasus pasien yang lebih kompleks dan memerlukan perawatan yang lebih intensif akan mendatangkan pendapatan yang lebih tinggi bagi rumah sakit. (Mahendradhata *et al.*, 2017)
3. Lokasi Geografis: Lokasi rumah sakit sangat penting. Rumah sakit di daerah dengan populasi yang lebih besar atau dengan sedikit pesaing akan cenderung memiliki pendapatan yang lebih tinggi. (Gaynor and Town, 2012)
4. Jaminan/Asuransi: Pemerintah dan perusahaan asuransi kesehatan seringkali menentukan tarif pelayanan kesehatan. Tarif yang diberikan oleh mereka dapat membatasi pendapatan rumah sakit. (Dafny, 2005)
5. Sumber Daya Manusia (SDM): Kualitas SDM, terutama dalam hal pengetahuan, merupakan elemen kunci dalam pelaksanaan layanan harian. Baik staf medis maupun non-medis dapat memberikan kontribusi yang signifikan jika mereka memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memadai. Dalam pelaksanaan tugas pelayanan, tingkat keahlian SDM akan berpengaruh pada kinerja yang pada gilirannya akan memengaruhi efisiensi dan efektivitas. Semakin mahir SDM yang dimiliki oleh sebuah rumah sakit, semakin efektif dan efisien biaya yang diinvestasikan oleh rumah sakit. Pelayanan yang berkualitas juga dapat meningkatkan pendapatan rumah sakit.. (Cleverley, 1982).
6. Kualitas Pelayanan: Kualitas pelayanan rumah sakit dapat memengaruhi jumlah pasien yang datang dan rumah sakit dengan kualitas pelayanan yang baik cenderung memiliki pendapatan yang lebih tinggi karena pasien cenderung memilih rumah sakit tersebut. (Werner *et al.*, 2011)
7. Pembaruan Teknologi, Sarana dan Prasarana Kesehatan: Investasi dalam teknologi medis canggih dapat meningkatkan pelayanan yang ditawarkan oleh rumah sakit dan dalam beberapa kasus, dapat mendatangkan pendapatan tambahan. Setiap rumah sakit sebaiknya memiliki fasilitas sarana dan prasarana yang memadai dan lengkap. Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS) perlu dimiliki oleh rumah sakit agar penginputan data pelayanan pasien, baik tindakan maupun jasa dapat dengan mudah dikerjakan oleh petugas administrasi. Demikian pula alat kesehatan dan prasarana lainnya yang dimiliki oleh rumah sakit akan mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien. (Jones FL, 2006)
8. Pemasaran/ *Marketing*: Pemasaran adalah penting bagi pendapatan rumah sakit karena memainkan peran kunci dalam menarik pasien, mempertahankan pasien yang ada, dan mempromosikan layanan kesehatan. Pemasaran membantu rumah sakit meningkatkan kesadaran masyarakat tentang layanan

dan fasilitas yang mereka tawarkan. Semakin banyak orang yang tahu tentang rumah sakit tersebut, semakin besar kemungkinan mereka akan mengunjungi rumah sakit tersebut ketika mereka membutuhkan perawatan kesehatan. (Erdem & Thompson, 2008). Pemasaran membantu membangun citra dan reputasi positif bagi rumah sakit. Rumah sakit dengan reputasi baik lebih mungkin menarik pasien, terutama pasien yang mencari perawatan berkualitas tinggi. Citra positif juga dapat mendukung upaya penagihan dan tarif yang lebih baik. (Kim *et al.*, 2007) Pemasaran dapat membantu rumah sakit menjalin kemitraan dengan dokter, klinik, dan rumah sakit lain. Ini dapat menghasilkan arus pasien yang lebih besar melalui rujukan, yang dapat berkontribusi pada peningkatan pendapatan. (Burns *et al.*, 2008)

Penentuan tarif rumah sakit di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar saat ini belum berdasarkan perhitungan biaya satuan (*unit cost*) dan masih mengikuti tarif yang ditetapkan rumah sakit sejenis lainnya. Sehingga belum diketahui secara pasti besaran biaya yang dikeluarkan untuk satu tindakan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar dan tentunya besaran CRR tindakan tersebut juga belum bisa diketahui secara pasti. Dengan menghitung biaya satuan (*unit cost*) dan *cost recovery rate* (CRR) dari suatu tindakan pelayanan rumah sakit, manajemen bisa mengetahui kesehatan keuangan rumah sakit sehingga bisa menjadi dasar upaya pengendalian biaya (*cost containment*) dan penentuan tarif di rumah sakit di masa mendatang.

Peneliti memilih metode penelitian *mix-method* yang menggabungkan jenis penelitian kuantitatif dan penelitian kualitatif dengan desain *exploratory sequential*. Desain penelitian ini menerapkan dua metode penelitian secara berurutan, yaitu metode kuantitatif terjadi terlebih dahulu dan memiliki penekanan lebih besar dalam mengatasi tujuan penelitian, dan metode kualitatif mengikuti untuk membantu menjelaskan hasil kuantitatif. Gambar berikut memperlihatkan gambaran kajian masalah penelitian.



Gambar 1. Kajian Masalah Penelitian

Berdasarkan latar belakang dan kajian masalah di atas, maka dibuat rumusan masalah sebagai berikut:

1. Berapa *unit cost* tindakan hemodialisis yang dianalisis menggunakan metode *Activity Based Costing* (ABC) di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar?
2. Bagaimana perbandingan antara hasil perhitungan *unit cost* menggunakan metode *Activity Based Costing* (ABC), Tarif Rumah Sakit, Tarif INA-CBGs dari tindakan hemodialisis di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar?
3. Berapakah *Cost Recovery Rate* (CRR) pada tindakan hemodialisis jika total biaya menggunakan *unit cost* dengan metode *Activity Based Costing* (ABC) dan total pendapatan berdasarkan klaim tarif INA-CBGs?
4. Bagaimanakah upaya *Cost Containment* (*Cost Awareness, Cost Monitoring, Cost Management, Cost Incentive*) yang telah dilakukan oleh pihak Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar?
5. Bagaimanakah strategi *Cost Containment* yang sesuai sebagai upaya mengoptimalkan *Cost Recovery Rate* (CRR) Tindakan Hemodialisis di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar?

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini memiliki tujuan sebagai berikut:

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk menganalisis *Cost Recovery Rate* (CRR) Berdasarkan Analisis Biaya Satuan dengan Metode *Activity Based Costing* (ABC), Tarif Rumah Sakit, Tarif INA-CBGs Sebagai Dasar *Cost Containment* pada Tindakan Hemodialisis di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menghitung *unit cost* tindakan hemodialisis yang dianalisis menggunakan metode *Activity Based Costing* (ABC) di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar
2. Melihat perbandingan antara hasil perhitungan *unit cost* menggunakan metode *Activity Based Costing* (ABC), Tarif Rumah Sakit, Tarif INA-CBGs dari tindakan hemodialisis di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar
3. Menghitung *Cost Recovery Rate* (CRR) pada tindakan hemodialisis jika total biaya menggunakan *unit cost* dengan metode *Activity Based Costing* (ABC) dan total pendapatan berdasarkan klaim tarif INA-CBGs
4. Menganalisis upaya *Cost Containment* (*Cost Awareness, Cost Monitoring, Cost Management, Cost Incentive*) yang telah dilakukan oleh pihak Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar
5. Menyusun strategi *Cost Containment* yang sesuai sebagai upaya mengoptimalkan *Cost Recovery Rate* (CRR) Tindakan Hemodialisis di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan manfaat sebagai berikut:

1.4.1 Manfaat Keilmuan

Sebagai kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan di bidang manajemen rumah sakit, khususnya bidang manajemen keuangan terkait biaya (*cost*) di rumah sakit.

1.4.2 Manfaat bagi Institusi/Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan bagi Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar dalam penyusunan tarif rumah sakit dan dasar kendali biaya (*cost containment*) rumah sakit.

1.4.3 Manfaat bagi peneliti

Sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan studi Magister Administrasi Rumah Sakit. Selain itu, diharapkan dapat memperluas wawasan serta pengetahuan empirik penulis dalam bidang Manajemen Keuangan Rumah Sakit.

1.5 Landasan Teori

1.5.1 Tinjauan Umum Tarif

1.5.1.1 Definisi Tarif

Tarif adalah besaran dalam nilai uang yang harus dibayarkan oleh konsumen untuk memperoleh suatu komoditi, baik barang ataupun jasa (Rahman, 2016). Sesuai dengan Sudirman (2020), tarif rumah sakit mencakup semua biaya yang diperlukan untuk menyediakan layanan kesehatan di rumah sakit, termasuk biaya operasional serta keuntungan yang diinginkan. Secara matematis, rumus untuk menentukan tarif rumah sakit adalah sebagai berikut: (Sudirman, 2020)

$$\text{Tarif} = \text{Total Biaya Tetap} + (\text{Biaya Variabel} \times \text{Volume}) + \text{Margin}$$

Oleh karena itu, menghitung biaya-biaya yang diperlukan untuk menyelenggarakan layanan kesehatan adalah hal yang sangat penting untuk memutuskan tarif yang akan diterapkan. Penetapan tarif rumah sakit berdasarkan biaya satuan (*unit cost*) juga merupakan faktor kunci dalam menjaga kesehatan keuangan rumah sakit. Tarif ini bisa sangat beragam, menyebabkan tarif di setiap rumah sakit dapat bervariasi. Penetapan tarif tersebut biasanya diatur dalam dokumen resmi yang dikeluarkan dan ditandatangani oleh direktur rumah sakit yang bersangkutan. (Sudirman, 2020)

1.5.1.2 Tujuan Penetapan Tarif Rumah Sakit

Terdapat beberapa tujuan penetapan tarif, yakni antara lain:

1. Penetapan Tarif untuk Pemulihan Biaya

Salah satu prinsip dasar dalam menetapkan tarif adalah memastikan bahwa tarif tersebut cukup untuk menutup semua biaya operasional rumah sakit, yang disebut sebagai pemulihan

biaya. Pemulihan biaya merujuk pada seberapa baik rumah sakit dapat menutup biaya operasionalnya, dihitung dengan membagi pendapatan dengan total belanja yang dihabiskan. Hasil dari perhitungan ini dikenal sebagai laju pemulihan biaya atau *Cost Recovery Rate* (CRR). Jika CRR melebihi 100%, itu menandakan bahwa rumah sakit memperoleh keuntungan atau surplus. (Sudirman, 2020). Untuk meningkatkan CRR, penetapan tarif dapat dilakukan. Rumah sakit pemerintah paling sering menggunakan kondisi ini karena subsidi mereka semakin berkurang seiring waktu. (Trisnantoro, 2018)

2. Penetapan Tarif untuk Subsidi Silang

Diharapkan dalam manajemen rumah sakit ada kebijakan yang memungkinkan masyarakat ekonomi kuat membantu masyarakat ekonomi lemah membayar pelayanan rumah sakit. Dengan konsep subsidi silang ini, tarif bangsal VIP atau kelas I harus lebih tinggi dari biaya satuan (*unit cost*) yang telah dianalisis agar uang yang tersisa dapat digunakan untuk mengimbangi kerugian bangsal kelas III. rumah sakit juga diharapkan untuk menetapkan kebijakan tarif yang berbeda untuk setiap unitnya selain subsidi silang yang berbasis ekonomi. Sebagai contoh, Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang berpotensi menghasilkan kerugian, perlu subsidi dari organisasi lain yang dapat menghasilkan keuntungan, seperti Instalasi Farmasi. (Trisnantoro, 2018)

Rumah Sakit memerlukan subsidi silang karena tidak semua unit kerja menjadi sumber pendapatan. Rumah Sakit mempunyai beberapa unit kerja yang bersifat *cost center*. Contoh unit kerja yang menjadi *revenue center* antara lain ruang operasi, apotek, laboratorium, radiologi, rawat inap, rawat jalan, dan sebagainya. Di sisi lain, unit-unit yang cenderung *cost center* adalah *Central Steril Supply Department* (CSSD) atau *Laundry*, Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana Rumah sakit, Manajemen, Komite-komite, dan sebagainya. Sebagian lainnya merupakan unit yang kemampuan menghasilkan surplus yang kecil, seperti Instalasi Gawat Darurat (IGD), *Intensive Care Unit* (ICU). Hal ini disebabkan kapasitas yang dimiliki unit tersebut terbatas dan waktu pengoperasian yang lama. (Sudirman, 2020)

Oleh karena itu, dalam rangka untuk menjaga sistem yang utuh, diperlukan subsidi silang karena setiap unit dalam rumah sakit memiliki peran yang penting dalam menyediakan pelayanan kesehatan. Tanpa salah satu unit ini, rumah sakit tidak dapat beroperasi. Skema subsidi silang yang komprehensif bertujuan untuk mendukung kualitas layanan kesehatan. Subsidi silang sebaiknya dilakukan secara sporadis tanpa perhitungan yang

matang, jika hal ini dapat menimbulkan masalah dalam jangka panjang. (Sudirman, 2020)

3. Penetapan Tarif untuk Meningkatkan Akses Pelayanan

Pemerintah dan pemilik rumah sakit juga harus mempertimbangkan kebijakan mengenai kewajiban pelayanan kepada masyarakat miskin (kelas menengah bawah) ketika menetapkan tarif yang terjangkau (rendah). Diharapkan dengan biaya yang lebih rendah akan meningkatkan akses terhadap pengobatan bagi masyarakat miskin. Namun perlu diketahui bahwa akses yang tinggi belum tentu menjamin kualitas layanan yang baik. Berbagai penelitian menunjukkan bahwa kualitas pelayanan di rumah sakit pemerintah rendah karena terbatasnya subsidi pemerintah dan rendahnya biaya masuk karena sistem manajemen birokrasi. (Trisnantoro, 2018)

4. Penetapan Tarif untuk Meningkatkan Mutu Pelayanan

Penentuan tarif juga memiliki dampak signifikan terhadap mutu pelayanan yang diberikan. Meskipun tarif yang rendah mungkin terlihat bisa meningkatkan ketersediaan layanan kesehatan, namun masyarakat tidak hanya memerlukan akses semata, tetapi juga pelayanan kesehatan yang berkualitas. Untuk menyediakan standar layanan yang berkualitas, rumah sakit perlu menetapkan tarif yang wajar. Kualitas pelayanan kesehatan memerlukan profesionalisme tenaga kerja, penggunaan bahan habis pakai yang sesuai dengan standar, peralatan yang terkalibrasi, dan sebagainya. Semua kebutuhan ini memerlukan biaya, sehingga penetapan tarif di rumah sakit haruslah mengakomodasi aspek biaya yang rasional. Dengan demikian, penetapan tarif tidak semata berfokus pada penetapan tarif serendah mungkin, karena keberlangsungan layanan kesehatan berkualitas juga memerlukan pembiayaan yang memadai. (Sudirman, 2020)

5. Penetapan Tarif untuk Tujuan Lain

Suatu alasan lain dalam menetapkan tarif adalah untuk menghasilkan keunggulan dalam persaingan. Dalam konteks persaingan yang sengit, tarif dapat menjadi faktor yang membedakan antara pesaing. Oleh karena itu, dalam menetapkan tarif, perlu mempertimbangkan kondisi industri, struktur pasar, dan analisis pesaing. (Sudirman, 2020).

1.5.1.3 Faktor-Faktor Pertimbangan Penetapan Tarif Rumah Sakit

Terdapat beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan dalam penetapan tarif yaitu (Dumaris, 2016):

1. Biaya satuan

Biaya yang mencerminkan pengeluaran untuk satu layanan atau per pasien (tingkat pengorbanan dari faktor produksi yang diperlukan untuk memberikan layanan).

2. Jenis pelayanan, tingkat pemanfaatan dan subsidi silang yang diharapkan
Unit dengan tingkat penggunaan yang rendah cenderung sulit untuk meningkatkan tarifnya. Sebaliknya, unit yang memiliki potensi sebagai pusat pendapatan perlu diperhatikan lebih lanjut untuk meningkatkan pendapatan rumah sakit.
3. Tingkat Kemampuan Masyarakat
Faktor kemampuan membayar masyarakat diperhitungkan dengan melihat ATP (*Ability To Pay*) serta WTP (*Willingness To Pay*) dari masyarakat.
4. Elastisitas
Konsep ini mencerminkan bagaimana perubahan dalam tarif akan memengaruhi permintaan terhadap layanan yang ditawarkan, sesuai dengan hukum ekonomi.
5. Tarif Pelayanan Pesaing yang Setara
Rumah sakit perlu membandingkan tarif yang dikenakan oleh pesaing mereka untuk layanan yang sejenis.

1.5.1.4 Prinsip Penetapan Tarif Rumah Sakit

Berikut beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh rumah sakit dalam menetapkan tarif, yakni: (Sudirman, 2020)

1. Menghitung *unit cost* untuk semua tindakan pelayanan kesehatan
Mengetahui biaya satuan atau *unit cost* setiap tindakan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan rumah sakit merupakan hal paling pertama yang menjadi landasan penetapan tarif rumah sakit.
2. Mengetahui tujuan strategis rumah sakit dalam penetapan tarif
Perkembangan rumah sakit dan siklus hidup bisnis sangat memengaruhi sasaran strategis yang ditetapkan rumah sakit dalam menetapkan tarif. Rumah sakit merupakan entitas nirlaba dan seharusnya tidak dijalankan dengan tujuan mencapai keuntungan dalam jangka pendek dari investasi. Sasaran strategis rumah sakit mencakup upaya untuk memaksimalkan pendapatan yang diperoleh, memastikan ketersediaan dana untuk operasional dan pengembangan, meluaskan pangsa pasar, meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan, dan lain sebagainya.
3. Memahami struktur pasar tindakan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan rumah sakit dan faktor-faktor pembentuknya

Struktur pasar dalam layanan kesehatan yang disediakan oleh rumah sakit memiliki variasi. Struktur ini dapat dikategorikan ke dalam beberapa tipe, termasuk monopoli/monopsoni, oligopoli/oligopsoni, persaingan monopolistik, dan persaingan sempurna. Monopoli terjadi ketika hanya satu rumah sakit yang menguasai mayoritas pangsa pasar untuk permintaan layanan kesehatan tertentu, seperti yang mungkin terjadi dengan rumah sakit umum daerah di daerah terpencil. Monopsoni adalah situasi di mana hanya ada satu pembeli yang mendominasi sebagian besar pangsa pasar, contohnya asuransi kesehatan sosial. Oligopoli terjadi ketika hanya ada beberapa rumah sakit yang menguasai mayoritas permintaan layanan kesehatan. Persaingan monopolistik merujuk pada situasi di mana banyak rumah sakit menyediakan layanan medis yang sama, tetapi setiap rumah sakit memiliki ciri khasnya sendiri. Persaingan sempurna berarti ada banyak rumah sakit yang menawarkan layanan medis yang sama, tanpa perbedaan yang signifikan dalam layanan yang diberikan, dan masyarakat memiliki akses yang sama terhadap informasi yang lengkap tentang semua layanan medis yang tersedia.

Salah satu faktor yang membentuk struktur pasar dari tindakan yang mewakili pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh rumah sakit adalah faktor permintaan. Monopoli atau oligopoli terjadi ketika terdapat permintaan yang tinggi terhadap pelayanan kesehatan namun hanya sedikit rumah sakit yang dapat memenuhi permintaan tersebut. Jika satu rumah sakit menyediakan seluruh pelayanan kesehatan yang komprehensif, rumah sakit tersebut mungkin menjadi monopoli. Alternatifnya, bisa saja rumah sakit berada dalam struktur monopoli atau oligopoli jika rumah sakit tersebut mempunyai pangsa pasar yang sangat besar untuk mengurangi biaya per unit. Struktur pasar juga dapat muncul karena tenaga kesehatan, khususnya dokter spesialis tertentu, hanya dikendalikan oleh rumah sakit tertentu. Jika sebuah rumah sakit mempunyai semua dokter spesialis yang diperlukan dan berusaha mencegah dokter spesialis tersebut berpraktik di tempat lain, maka rumah sakit tersebut mempunyai posisi tawar yang kuat dan dapat menciptakan struktur pasar yang menguntungkan rumah sakit. Sebaliknya, jika pasien tergabung dalam perusahaan asuransi dan mayoritas pangsa pasar rumah sakit diisi oleh pasien dari perusahaan asuransi tersebut, maka oligopoli atau oligopoli dapat terjadi. Struktur pasar dibentuk oleh faktor-faktor berikut:

- a. Posisi negosiasi rumah sakit - rumah sakit yang tersedia
- b. Posisi tawar masyarakat

- c. Ketersediaan pelayanan alternatif
 - d. Ancaman pendatang baru
4. Peraturan pemerintah

Dasar penetapan harga oleh rumah sakit juga mencakup regulasi pemerintah. Sebelumnya, pola tarif nasional telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan atau melalui peraturan gubernur daerah yang mengatur tarif dalam wilayahnya. Selain itu, terdapat penetapan tarif oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang mengelola jaminan sosial. Tarif ini diorganisir menggunakan kode penyakit yang dikenal sebagai tarif *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs).

1.5.1.5 Tarif INA-CBGs

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 mengenai Standar Tarif Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Tingkat Lanjutan, BPJS Kesehatan bertanggung jawab atas biaya pelayanan kesehatan yang diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat lanjutan kepada pesertanya, termasuk rumah sakit, dengan menggunakan tarif *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs). (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Maksud dari Tarif INA CBGs adalah jumlah pembayaran yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan atas paket pelayanan kesehatan, yang disusun berdasarkan kelompok diagnosis penyakit. Kelompok diagnosis penyakit ini memiliki kepentingan khusus karena mencerminkan variasi dalam pembiayaan kesehatan. (Rahayuningrum *et al.*, 2016).

Terdapat beberapa perubahan tarif pelayanan BPJS terbaru pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Salah satunya pada kode tindakan hemodialisis (N-3-15-0) yang dahulu hanya satu kondisi saja, tetapi pada peraturan terbaru diklasifikasikan ke dalam 2 kondisi berdasarkan alat dan bahan medis habis pakai *single use* dan *re-use* (85% dari tarif yang berlaku) (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

1.5.2 Tinjauan Umum Biaya (*Cost*)

1.5.2.1 Definisi Biaya (*Cost*)

Beberapa pendapat/definisi para ahli mengenai pengertian biaya dirangkum sebagai berikut: (Rahman, 2016):

- Ascobat Gani (1996) mengemukakan bahwa biaya dapat didefinisikan sebagai "segala bentuk pengorbanan yang dikeluarkan untuk memproduksi dan mengkonsumsi suatu komoditas tertentu." Dengan kata lain, pengertian biaya mencakup

berbagai jenis pengeluaran, mulai dari uang dan barang, hingga waktu, peluang yang terlewatkan, dan bahkan kenyamanan yang terganggu.

- Menurut Mardiaty Nadjib (1997), biaya adalah nilai dari berbagai input (faktor produksi) yang digunakan untuk menciptakan suatu produk (output).
- Mulyadi (2005) mengartikan biaya secara khusus sebagai pengorbanan sumber daya ekonomi untuk memperoleh aktiva. Dalam arti yang lebih luas, biaya merupakan pengorbanan sumber daya ekonomi yang diukur dalam bentuk uang, yang telah terjadi atau mungkin akan terjadi untuk tujuan tertentu.

1.5.2.2 Klasifikasi Biaya

a. Berdasarkan sifat kegunaannya (Gani, 1996; Rahman, 2016)

- Biaya Investasi

Biaya investasi adalah biaya yang memiliki manfaat yang dapat dipergunakan selama lebih dari satu tahun. Tolok ukur satu tahun biasanya didasarkan pada konvensi bahwa perencanaan anggaran dilakukan setiap tahun. Klasifikasi biaya investasi, antara lain:

- Biaya gedung
- Biaya alat medis
- Biaya alat non medis

Masalah terkait biaya investasi muncul ketika penggunaan barang-barang investasi tersebut melebihi periode satu tahun. Oleh karena itu, untuk mengintegrasikan mereka dengan biaya operasional dan pemeliharaan, sehingga menghasilkan nilai biaya total per tahun, perlu untuk menghitung nilai investasi tersebut dalam periode satu tahun, yaitu saat biaya operasional dan pemeliharaan dihitung. Nilai tahunan investasi ini juga dikenal sebagai "nilai tahunan investasi" atau "*annualized investment cost*" yang disingkat AIC.

Biaya investasi tahunan tidak hanya tergantung pada masa manfaat dan masa pakai barang investasi, tetapi juga dipengaruhi oleh nilai uang dari waktu ke waktu (inflasi). Informasi mengenai inflasi, masa pakai, dan umur dapat dimanfaatkan untuk menghitung nilai sekarang atau *Present Value* (PV) dari biaya investasi tersebut. Nilai sekarang merupakan nilai biaya investasi dalam "tahun berjalan" di mana analisis biaya dilakukan. Untuk menghitung nilai tahunan biaya investasi ini, digunakan rumus berikut:

$$AIC = \frac{IIC (1 + I)^t}{L}$$

AIC= *Annualized Investment Cost*

IIC = *Initial Investment Cost*

I = laju inflasi

t = masa pakai

L = perkiraan masa "hidup" investasi yang bersangkutan

Angka inflasi yang digunakan adalah angka rata-rata inflasi dalam 5 tahun terakhir. Nilai L dapat diperoleh dari spesifikasi pabrik atau dengan berkonsultasi dengan ahli bangunan untuk mendapatkan angka inflasi gedung.

- Biaya Pemeliharaan

Biaya pemeliharaan merupakan biaya yang ditujukan untuk mempertahankan atau memperluas kapasitas produksi barang investasi. Sehingga klasifikasi biaya pemeliharaan mengikuti klasifikasi biaya investasi, yaitu:

- Biaya gedung
- Biaya alat medis
- Biaya alat non medis

- Biaya Operasional

Biaya operasional merupakan biaya yang dibutuhkan untuk menjalankan fungsi atau mengoperasikan barang investasi. Biaya operasional ini diklasifikasi menjadi:

- Biaya personil (gaji)
- Biaya obat dan bahan
- Biaya makan
- Biaya ATK
- Biaya umum (listrik, telepon, air perjalanan, dan lain-lain)

b. Berdasarkan hubungan dengan jumlah produksi (*output*) (Gani, 1996; Rahman, 2016)

- Biaya tetap (*fixed cost*) merupakan biaya yang relatif mandiri dan tidak terpengaruh oleh jumlah barang atau jasa yang dihasilkan. Di sini, termasuk biaya investasi yang disebutkan sebelumnya, sehingga biaya yang tidak berubah pada dasarnya merupakan investasi.
- Biaya semivariabel (*semivariable cost*) adalah biaya operasional aktual dari investasi tertentu, namun jumlahnya tidak sepenuhnya tergantung pada tingkat produksi. Kategori ini mencakup biaya upah untuk karyawan penuh waktu (diperhatikan bahwa biaya upah harian biasanya bervariasi dan tidak konstan karena dipengaruhi oleh jumlah produksi).
- Biaya variabel (*variable cost*) adalah Biaya yang besarnya dipengaruhi oleh jumlah produksi, seperti biaya benang dalam industri pakaian atau biaya jarum suntik dalam layanan rawat jalan.

- c. Berdasarkan fungsinya dalam proses produksi (Gani, 1996; Rahman, 2016)
- Biaya langsung (*direct cost*): biaya dari produk barang atau jasa yang dihasilkan yang manfaatnya dapat dilihat secara langsung. Contohnya adalah biaya bahan makanan dalam usaha rumah makan, biaya alkohol dan jarum suntik pada pelayanan kesehatan, atau biaya jasa ahli bedah di kamar operasi.
 - Biaya tidak langsung (*indirect cost*): biaya yang manfaatnya tidak langsung (melekat) pada produk yang dihasilkan, tetapi merupakan biaya yang dibutuhkan untuk menunjang unit-unit produksi. Contohnya, gaji direktur, biaya alat tulis kantor, gaji administrasi.
 - Biaya total (*total cost*): biaya yang didapatkan dari penjumlahan biaya langsung (*direct cost*) dan biaya tidak langsung (*indirect cost*).

1.5.3 Tinjauan Umum Biaya Satuan (*Unit Cost*)

1.5.3.1 Biaya Satuan (*Unit Cost*)

Unit cost atau biaya satuan adalah biaya produksi suatu produk dan merupakan biaya rata-rata yang dihitung dengan membagi total biaya dengan sekumpulan biaya produksi. Biaya satuan adalah seluruh biaya yang dikeluarkan dalam melakukan suatu kegiatan produksi atau penyediaan suatu jasa atau kegiatan tertentu dibagi dengan jumlah unit produk atau jasa yang dihasilkan. Manajemen rumah sakit mutlak memerlukan masukan berupa informasi yang komprehensif. Hal ini bertujuan untuk memastikan rumah sakit tetap memberikan pelayanan berkualitas tinggi dan bertahan dalam menghadapi persaingan yang ketat. Salah satu informasi yang benar-benar diperlukan oleh manajer rumah sakit untuk mengambil keputusan dan melaksanakan pekerjaannya adalah analisis biaya satuan (*unit cost*). (Gani, 1996)

Perhitungan biaya satuan dianggap sebagai metode yang paling obyektif untuk menghitung biaya sebenarnya yang dikeluarkan oleh suatu rumah sakit untuk pengobatan pasien dengan diagnosis tertentu.

Biaya yang dihitung sebagai biaya satuan mencakup biaya perawatan, pelayanan kesehatan, prosedur, tes tambahan, dan pengobatan. *Clinical pathways* menjadi dasar penentuan biaya satuan untuk setiap diagnosis. Oleh karena itu, penerapan *clinical pathways* sangat penting bagi setiap rumah sakit. (Kasie *et al.*, 2023)

Untuk melakukan analisis biaya satuan, perlu diketahui jenis-jenis produk/ pelayanan yang dihasilkan oleh unit-unit produksi rumah

sakit. Adapun biaya satuan dibagi menjadi 2 (dua), yaitu: (Paruntu, 2012)

1. Biaya satuan aktual (*Actual Unit Cost*)

Biaya satuan yang ditentukan dari hasil perhitungan didasarkan pada jam kerja aktual yang dibutuhkan untuk memproduksi produk dalam jangka waktu tertentu. Rumus perhitungan biaya satuan aktual adalah sebagai berikut:

$$UCa = \frac{TC}{Q}$$

Keterangan:

Uca = *Unit cost actual*

TC = *Total cost*

Q = Jumlah output pusat biaya tersebut dalam setahun

2. Biaya satuan normatif (*Normative Unit Cost*)

Biaya satuan normatif merupakan biaya yang sesuai dengan nilai biaya yang ditetapkan pada suatu unit produksi (pelayanan). Pada biaya satuan normatif, biaya yang dihitung adalah biaya satuan investasi (yang besarnya ditentukan oleh biaya total dan kapasitas produksi) dan biaya satuan variabel (yang besarnya ditentukan oleh biaya variabel dan jumlah produksi). Biaya satuan normatif akan lebih kecil dari biaya satuan aktual, apabila utilisasi atau output yang dihasilkan lebih kecil dari kapasitas produksi. Rumus yang digunakan dalam perhitungan biaya satuan normatif adalah sebagai berikut:

$$UCn = \frac{FC}{C} + \frac{VC}{Q}$$

Keterangan:

UCn = *Unit cost normative*

FC = *Fixed cost*

C = Kapasitas unit yang bersangkutan selama satu tahun

VC = *Variable cost*

Q = Jumlah output pusat biaya tersebut dalam setahun

1.5.3.2 Analisis Biaya

Analisis biaya merupakan upaya untuk menggambarkan dan menentukan biaya pelayanan rumah sakit agar jelas komponen dan besarnya. Upaya ini juga sering disebut dengan penentuan biaya (*cost finding*), yang berarti mengalokasikan biaya antara pelayanan yang tidak menghasilkan pendapatan dengan pelayanan lainnya, dan menghitung layanan mana yang memerlukan pendapatan berdasarkan output layanan dari masing-masing departemen layanan. (Sabarguna, 2007).

Tujuan analisis biaya rumah sakit, antara lain: (Sabarguna, 2007):

1. Adanya kejelasan unit yang menghasilkan penerimaan (unit produksi) dan unit yang tidak menghasilkan penerimaan (unit non produktif)
2. Adanya kejelasan beban total unit produktif dan non produktif
3. Adanya besaran unit cost

Adanya biaya satuan Analisis biaya rumah sakit merupakan suatu proses dinamis yang memberikan informasi mengenai biaya dan proses serta keluaran yang dihasilkan. Informasi ini berguna untuk pengambilan keputusan keuangan, pengelolaan keuangan, dan penetapan tarif. Dengan melakukan analisis biaya, akan diperoleh:

1. Informasi untuk kebijakan tarif dan subsidi
2. Dasar pertimbangan dalam negosiasi dengan pihak-pihak yang akan mengadakan kontrak dengan menggunakan jasa rumah sakit
3. Informasi untuk kebijaksanaan pengendalian biaya
4. Pertanggungjawaban tentang efektifitas biaya kepada pihak yang berkepentingan
5. Dasar untuk perencanaan anggaran yang akan datang

Analisis biaya satuan penting dilakukan karena memberikan wawasan yang mendalam tentang komponen biaya produksi dan sangat membantu dalam pengambilan keputusan yang lebih baik. Berikut merupakan pedapat para ahli mengenai beberapa alasan pentingnya melakukan analisis biaya satuani:

1. Membantu Pengambilan Keputusan: Menurut Charles T. Horngren, dkk (2018), analisis biaya satuan adalah alat penting bagi manajer untuk mengukur efisiensi dan mengambil keputusan yang tepat dalam perencanaan dan pengendalian biaya.(Horngren *et al.*, 2018)
2. Mendukung Perencanaan Anggaran: Menurut George Foster (1993), seorang profesor emeritus di Stanford Graduate School of Business, analisis biaya satuan membantu manajer dalam merencanakan anggaran dengan lebih akurat, karena mereka dapat mengestimasi biaya produksi untuk periode tertentu berdasarkan biaya per unit. (Foster, 1993)
3. Meningkatkan Kinerja Operasional: Menurut Robert S. Kaplan dan Anthony A. Atkinson (1998), analisis biaya satuan adalah alat yang penting untuk meningkatkan kinerja operasional perusahaan, karena membantu dalam mengidentifikasi area di mana efisiensi dapat ditingkatkan dan biaya dapat dikurangi. (Kaplan and Atkinson, 1998)
4. Menyokong Perencanaan Strategis: Menurut Michael E. Porter, seorang ahli strategi bisnis terkemuka, analisis biaya satuan mendukung perencanaan strategis perusahaan dengan

memberikan wawasan tentang biaya produksi dan mengidentifikasi peluang untuk meningkatkan efisiensi dan diferensiasi produk. (Porter, 1985)

Dengan demikian, berdasarkan pendapat para ahli, maka dapat disimpulkan bahwa analisis biaya satuan adalah alat yang penting bagi manajer dan pengambil keputusan dalam berbagai aspek manajemen bisnis, termasuk perencanaan, pengendalian, dan perumusan strategi. Perhitungan biaya satuan (*unit cost*) memiliki signifikansi yang besar dalam penyusunan rencana bisnis, terutama dalam menetapkan target pembiayaan dan target pendapatan yang akurat. Tanpa menggunakan biaya satuan sebagai dasar, risiko terjadinya penyimpangan atau ketidaksesuaian target pembiayaan dengan kebutuhan dapat meningkat. Ada kemungkinan bahwa pembiayaan yang dialokasikan untuk sumber daya mungkin kurang atau bahkan terlalu berlebihan. Dengan menggunakan biaya satuan sebagai pedoman, akuntabilitas pembiayaan dapat diperkuat karena dapat diukur secara tepat hubungannya dengan target utilisasi yang ingin dicapai.

1.5.3.3 Metode Analisis Biaya

Menurut (Gani, 1996) terdapat beberapa metode untuk menganalisis biaya, antara lain:

a. *Simple Distribution*

Dengan menggunakan teknik ini, biaya-biaya yang dikeluarkan di pusat biaya penunjang didistribusikan secara langsung ke berbagai pusat biaya produksi. Distribusi ini dilakukan secara bertahap dari setiap pusat biaya penunjang ke unit-unit produksi yang relevan secara fungsional.

Meskipun pendekatan ini memiliki keunggulan dalam kesederhanaannya yang memudahkan penerapannya, namun memiliki kelemahan karena mengasumsikan bahwa dukungan fungsional hanya terjadi antara unit penunjang dan unit produksi. Pada kenyataannya, interaksi antara unit penunjang juga dapat terjadi, seperti transfer jasa antara direksi dan unit dapur, dimana direksi mengawasi unit dapur sementara unit dapur menyediakan makanan bagi direksi dan staf tata usaha, serta skenario lainnya.

b. *Step Down Method*

Untuk mengatasi kekurangan dari pendekatan *Simple Distribution*, digunakan pendekatan distribusi bertahap yang disebut metode anak tangga (*step down method*). Dalam metode ini, biaya dari unit penunjang dan unit produksi didistribusikan secara berturut-turut, dimulai dari unit penunjang yang umumnya memiliki biaya terbesar. Biaya dari unit penunjang tersebut

kemudian dialokasikan ke unit-unit lain yang relevan, baik unit penunjang maupun unit produksi.

Proses ini kemudian berlanjut dengan mendistribusikan biaya dari unit penunjang kedua yang biasanya memiliki biaya terbesar kedua, dan seterusnya, sampai seluruh biaya dari unit penunjang telah dialokasikan ke unit produksi. Perlu dicatat bahwa dalam metode ini, biaya yang dialokasikan dari unit penunjang kedua dan seterusnya mencakup dua elemen biaya: biaya asli dari unit penunjang tersebut dan biaya yang diterima dari unit penunjang lain.

Salah satu kelebihan dari metode ini adalah bahwa distribusi biaya telah dilakukan antara unit-unit penunjang, meskipun distribusi ini belum sepenuhnya sempurna karena masih bersifat satu arah. Dalam praktiknya, hubungan antara unit-unit penunjang dapat bersifat timbal balik. Sebagai contoh, bagian umum dapat melakukan pemeliharaan pada peralatan dapur, sementara bagian dapur menyediakan makanan bagi staf bagian umum.

c. *Double Distribution Method*

Pada langkah awal, teknik ini memindahkan biaya dari unit penunjang ke unit penunjang lain serta unit produksi. Akibatnya, sebagian biaya dari unit penunjang sudah dialokasikan ke unit produksi, sementara sisanya masih tetap berada di unit penunjang, yaitu biaya yang diterima dari unit penunjang lain.

Biaya yang masih berada di unit penunjang ini kemudian dialokasikan kembali ke unit produksi pada tahap berikutnya, sehingga tidak ada lagi biaya yang tersisa di unit penunjang. Karena proses ini melibatkan dua tahapan distribusi biaya, metode ini dikenal sebagai metode distribusi ganda. Metode ini dianggap cukup akurat dan relatif mudah dilaksanakan, sehingga sering dipilih untuk menganalisis biaya di Puskesmas maupun Rumah Sakit di Indonesia.

d. *Multiple Distribution*

Dalam pendekatan ini, biaya dialokasikan secara menyeluruh, baik antara unit penunjang dan unit produksi, maupun di antara unit-produksi sendiri, jika ada hubungan fungsional yang terbukti antara keduanya. Dengan kata lain, *multiple distribution* pada dasarnya mencakup *double distribution* ditambah dengan alokasi antar unit-produksi.

e. *Activity Based Costing*

Metode ini merupakan pendekatan terbaik di antara berbagai metode analisis biaya yang tersedia. Meskipun demikian, pelaksanaannya mungkin tidak semudah metode lainnya karena belum semua rumah sakit memiliki sistem akuntansi dan keuangan yang terkomputerisasi.

1.5.4 Tinjauan Umum *Activity Based Costing* (ABC)

1.5.4.1 Definisi Sistem *Activity Based Costing* (ABC)

Activity Based Costing (ABC) merupakan suatu pendekatan dalam menetapkan biaya produk yang mengarahkan alokasi biaya ke produk atau layanan berdasarkan penggunaan sumber daya yang dipicu oleh aktivitas. Prinsip mendasar yang menjadi fondasi dari pendekatan ini adalah bahwa produk atau layanan yang dihasilkan oleh suatu perusahaan merupakan hasil dari aktivitas tertentu, dan aktivitas tersebut membutuhkan penggunaan sumber daya yang menghasilkan biaya. Sumber daya dialokasikan ke dalam aktivitas, dan aktivitas tersebut kemudian dialokasikan ke obyek biaya berdasarkan seberapa intensif penggunaannya. ABC memperkenalkan konsep hubungan sebab-akibat antara *cost driver* dengan aktivitas. (Blocher *et al.*, 2000).

Mulyadi mendefinisikan *Activity Based Costing* sebagai sistem informasi biaya yang fokus pada penyediaan informasi komprehensif tentang aktivitas. Hal ini bertujuan untuk memungkinkan personel perusahaan dalam mengelola aktivitas secara efektif. Sistem informasi ini menggunakan aktivitas sebagai landasan dan bertujuan untuk mengurangi biaya serta menetapkan biaya produk/jasa secara akurat. (Mulyadi, 2007).

Ada dua keyakinan dasar yang melandasi sistem ABC (Mulyadi, 2007):

1. *Cost is caused*

Biaya memiliki penyebab yang bersumber dari aktivitas. Oleh karena itu, pemahaman yang mendalam tentang aktivitas yang menjadi penyebab timbulnya biaya akan memberikan kemampuan kepada personel perusahaan untuk memengaruhi biaya. Sistem ABC didasarkan pada keyakinan bahwa sumber daya tidak hanya menyebabkan timbulnya biaya yang dialokasikan, tetapi juga memberikan kemampuan untuk melaksanakan aktivitas.

2. *The cause of cost can be managed*

Aktivitas, yang merupakan penyebab biaya, dapat dikelola. Dengan mengelola aktivitas yang menjadi penyebab biaya, personel perusahaan, sumber daya, aktivitas, produk, atau pelanggan dapat memengaruhi besarnya biaya. Pengelolaan aktivitas membutuhkan berbagai informasi tentang aktivitas tersebut.

1.5.4.2 Manfaat *Activity Based Costing* (ABC)

Sistem ABC muncul sebagai alternatif dalam menangani tantangan yang dihadapi oleh perusahaan modern saat menggunakan sistem akuntansi biaya konvensional. Sistem ini merupakan bagian

penting dari upaya manajemen perubahan karena dapat mendukung perbaikan yang berkelanjutan dalam perusahaan. Selain itu, sistem ABC dapat memberikan informasi manajerial yang lebih baik kepada manajer non-keuangan daripada akuntansi biaya konvensional karena mampu mengidentifikasi aktivitas manusia, mesin, dan peralatan dengan lebih detail. Secara keseluruhan, sistem ABC memberikan manfaat, yakni: (Tadiontong and Lestari, 2011)

1. Pengukuran profitabilitas yang lebih baik

ABC memberikan estimasi biaya produk yang lebih tepat dan informatif, yang dapat memfasilitasi penilaian profitabilitas produk yang lebih cermat dan pengambilan keputusan strategis yang lebih terarah terkait penetapan harga jual, penyesuaian lini produk, dan target pasar yang lebih tepat.

2. Keputusan dan kendali yang lebih baik

ABC memberikan evaluasi yang lebih tepat terhadap biaya yang muncul karena aktivitas, mendukung manajemen dalam meningkatkan nilai produk dan proses dengan membuat keputusan yang lebih baik tentang desain produk, mengelola biaya dengan lebih efektif, dan memfasilitasi kemajuan proyek-proyek yang meningkatkan kualitas.

3. Informasi yang lebih baik untuk mengendalikan biaya kapasitas

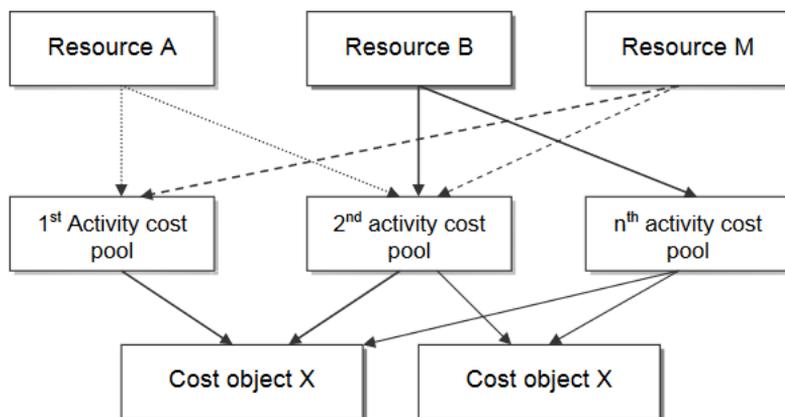
ABC membantu manajer dalam mengenali dan mengelola biaya kapasitas yang tidak digunakan. Pendekatan *Activity Based Costing* (ABC) menggunakan prinsip-prinsip akuntansi aktivitas untuk menghasilkan perhitungan harga pokok produk yang lebih tepat. Namun, dari perspektif manajemen, ABC tidak hanya memberikan informasi yang akurat tentang biaya produk, tetapi juga menyediakan data tentang biaya dan kinerja aktivitas serta sumber daya. Selain itu, ABC dapat melacak biaya dengan lebih akurat ke objek biaya selain produk, seperti pelanggan dan saluran distribusi. Selain itu, ABC juga dapat digunakan untuk menetapkan biaya produk tidak berwujud.

1.5.4.3 Konsep *Activity Based Costing* (ABC)

Metode ABC memungkinkan penentuan hubungan sebab-akibat antara biaya dan aktivitas yang mendasarinya dengan mengidentifikasi driver untuk setiap aktivitas terlebih dahulu. ABC adalah suatu pendekatan yang mengukur biaya dan kinerja dari aktivitas, sumber daya, dan objek biaya. Metode ini menghitung biaya dari setiap aktivitas yang terlibat dalam produksi suatu produk atau layanan dan mengalokasikannya kepada objek biaya (baik itu produk atau jasa). Dalam pendekatan ABC, seringkali terdapat penggunaan lebih dari satu *cost driver* untuk menghitung biaya objek yang sama. Fenomena ini terjadi karena penilaian manajemen menunjukkan

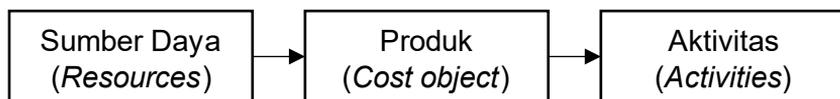
bahwa setiap output aktivitas memiliki *cost driver* yang berbeda-beda antara satu aktivitas dengan aktivitas lainnya. (Tadiontong and Lestari, 2011)

Metode ini dikembangkan pada akhir tahun 1980-an oleh dua profesor Amerika, yaitu Robin Cooper dan Robert Kaplan. Konsep ABC didasarkan pada asumsi bahwa aktivitas adalah penyebab langsung dari biaya. Pengimplementasian konsep ini menyebabkan penggunaan sumber daya, yang mencerminkan secara kuantitatif biaya. Banyak contoh penggunaan model ABC dapat ditemukan dalam literatur, dengan sebagian besar menggunakan model akuntansi biaya dua tahap seperti yang diilustrasikan pada gambar di bawah ini. (Kuchta, 2011)



Gambar 2. Model 2 tahap *Activity Based Costing* (ABC)

Pada tahap pertama akuntansi biaya tidak langsung (*indirect costs*) menurut metode ABC, biaya dibebankan ke aktivitas menggunakan penggerak biaya sumber daya (*resource cost drivers*). Pada tahap kedua, biaya aktivitas individu (kumpulan biaya/ *cost pools*) dicatat untuk objek biaya menggunakan penggerak biaya aktivitas (*activity cost drivers*). (Kuchta, 2011) Secara umum, konsep dasar *Activity Based Costing* (ABC) dapat digambarkan lebih sederhana:



Gambar 3. Konsep Dasar *Activity Based Costing* (ABC)

1.5.4.4 Tahap *Activity Based Costing* (ABC)

Sistem ABC mencapai biaya produk yang lebih akurat daripada yang dilaporkan dengan menggunakan beberapa pemicu biaya (*cost*

drivers) untuk menelusuri biaya aktivitas proses manufaktur hingga produk yang mengonsumsi sumber daya yang digunakan dalam aktivitas tersebut. Tujuan yang harus ditetapkan dalam menganalisis biaya menggunakan sistem ABC adalah memberikan manfaat sebesar-besarnya dengan biaya keseluruhan yang serendah mungkin. Untuk mencapai tujuan tersebut, lima tahap harus dilakukan menurut Cooper dalam (Jong No and Kleiner, 1997): menggabungkan tindakan ke dalam aktivitas; melaporkan biaya aktivitas; mengidentifikasi pusat aktivitas; memilih pemicu biaya tahap pertama; dan memilih pemicu biaya tahap kedua.

Dalam penelitian perhitungan *unit cost* sebuah rumah sakit di Iran menggunakan metode ABC oleh (Javid *et al.*, 2015) menentukan lima kategori biaya: biaya upah, peralatan, ruang, material, dan *overhead*. Biaya dibagi menjadi biaya langsung dan tidak langsung. Biaya langsung setiap pusat biaya dihitung dengan menjumlahkan biaya sumber daya manusia, modal dan material. Biaya tidak langsung mencakup seluruh biaya yang tidak dapat dialokasikan langsung ke pusat biaya dan dihitung menggunakan penggerak biaya (*cost drivers*). Bagi staf yang bekerja di lebih dari satu *cost center*, biaya sumber daya manusia dihitung berdasarkan jam kerja di masing-masing *cost center*. Biaya modal termasuk potongan penyusutan kendaraan, bangunan, peralatan, dan furnitur yang berkurang setiap tahun. Biaya penyusutan dihitung dengan menggunakan pendekatan garis lurus. Langkah-langkah yang dilakukan untuk menerapkan metode ABC adalah sebagai berikut (Javid *et al.*, 2015):

1. Analisis Rumah Sakit dan Klasifikasi Pusat Biaya
2. Identifikasi Aktivitas Utama di Rumah Sakit
3. Menentukan Penggerak Biaya Aktivitas
4. Menetapkan Biaya ke Pusat Biaya
5. Perhitungan Biaya Satuan Aktivitas dan Pelayanan

Penelitian oleh (Verdika *et al.*, 2022) di salah satu rumah sakit di Indonesia yang menghitung *unit cost* dan analisa biaya dengan metode ABC untuk tindakan hemodialisa melakukan terlebih dahulu wawancara, observasi dan pencarian data-data pendukung dari unit dan bagian terkait. Beberapa langkah yang dilakukan, yakni (Verdika *et al.*, 2022):

1. Identifikasi Aktivitas

Dengan menggunakan data dari Standar Prosedur Operasional (SPO) pelayanan, serta melalui wawancara dan observasi selama proses pelayanan berlangsung, kegiatan-kegiatan yang terjadi di pusat aktivitas dapat ditentukan. Setelah aktivitas-aktivitas tersebut diidentifikasi, biaya-biaya yang terjadi akibat penggunaan sumber daya dalam menjalankan aktivitas tersebut dapat diidentifikasi pula.

2. Identifikasi Biaya Langsung (*Direct Tracing*)

Direct tracing digunakan untuk mengidentifikasi biaya langsung yang terkait dengan aktivitas tertentu, termasuk penggunaan produk atau layanan. Biaya-biaya ini hanya terjadi ketika aktivitas tersebut dilakukan. Dalam konteks layanan kesehatan, *direct tracing* dapat mencakup biaya-biaya seperti bahan medis habis pakai (BMHP), obat-obatan, pemeriksaan penunjang, dan jasa pelayanan dari petugas kesehatan, yang dihitung berdasarkan kebijakan jasa medis yang berlaku di rumah sakit.

3. Identifikasi Biaya *Overhead*

Biaya *Overhead* merujuk pada semua biaya produksi yang bukan berasal dari bahan mentah dan upah langsung. Dalam penggunaan metode ABC untuk perhitungan biaya, faktor yang dominan adalah unit fungsional yang menghasilkan pendapatan (*revenue*) dan unit non-fungsional yang tidak menghasilkan pendapatan (*non-revenue*). Biaya *overhead* dihitung berdasarkan pengeluaran dari kedua jenis unit tersebut. Selain itu, informasi tentang pendapatan total rumah sakit dan pendapatan per unit fungsional diperlukan untuk menentukan proporsi pendapatan di setiap instalasi yang sedang dianalisis. Biaya *overhead* terbagi menjadi *direct resources overhead* dan *indirect resources overhead*. Kedua jenis biaya ini kemudian dikelompokkan menjadi empat kategori, yaitu *labour related*, *equipment related*, *space related*, dan *service related*. Setelah mengetahui biaya dari sumber daya langsung dan tidak langsung, total biaya *overhead* dapat dihitung dengan menjumlahkannya.

4. Penjumlahan Biaya Langsung dan Biaya *Overhead* yang menghasilkan Biaya Satuan

Langkah terakhir dalam menghitung analisis biaya satuan menggunakan metode ABC adalah total semua biaya yang muncul, termasuk biaya langsung dan biaya *overhead*.

1.5.5 Tinjauan Umum *Cost Recovery Rate* (CRR)

Cost recovery rate (CRR) adalah indikator kemampuan suatu unit usaha untuk mengembalikan biaya yang telah dikeluarkan dalam suatu periode tertentu. CRR digunakan sebagai alat evaluasi efisiensi untuk menilai sejauh mana pendapatan rumah sakit dapat menutupi biaya operasionalnya. CRR dihitung dengan membandingkan total pendapatan dengan faktor biaya yang mempengaruhi CRR. Berikut adalah rumus formulasi yang digunakan: (Aini and Rochmah, 2013; Pudjirahardjo, 1998):

$$CRR = \frac{\text{Total Pendapatan}}{\text{Total Biaya (Pengeluaran)}} \times 100\%$$

Berdasarkan rumus tersebut, setiap perubahan dalam pendapatan dan/atau biaya akan secara langsung memengaruhi *Cost Recovery Rate* (CRR). Menurut Gani (1996), sebuah organisasi dianggap ideal jika $CRR > 1$ atau 100%. Jika $CRR = 1$ atau 100%, itu berarti organisasi tersebut belum mencapai keuntungan karena pendapatannya sama dengan atau kurang dari biaya yang dikeluarkan. (Gani, 1996)

Total pendapatan (*total revenue*) didefinisikan sebagai seluruh pendapatan yang diterima oleh produsen dari penjualan output. Total pendapatan dihitung dengan mengalikan volume output dengan harga jual produk. (Trisnantoro, 2018) Penghasilan suatu entitas organisasi dipengaruhi oleh tarif yang diterapkan dan jumlah produksi atau keluaran yang dihasilkan, sedangkan biaya merujuk pada nilai dari berbagai masukan atau faktor produksi yang digunakan untuk menciptakan produk atau keluaran tersebut. (Pudjirahardjo, 1998).

1.5.6 Tinjauan Umum Pengendalian Biaya (*Cost Containment*)

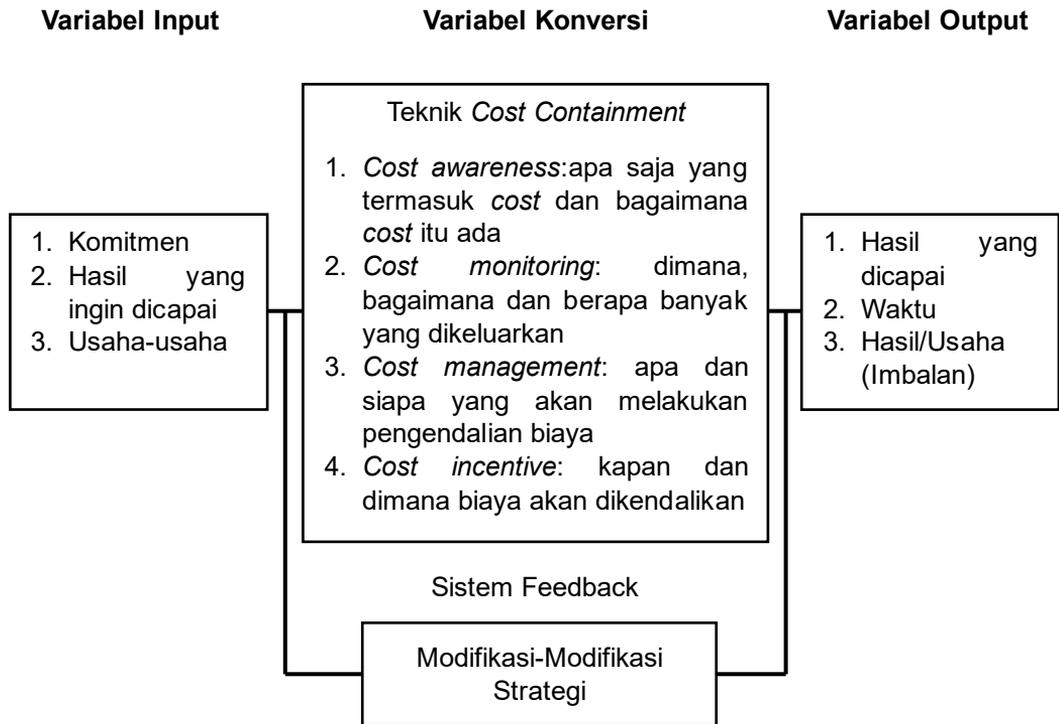
1.5.6.1 Definisi Pengendalian Biaya (*Cost Containment*)

Pengendalian biaya (*cost containment*) menurut Sabarguna (2007), adalah usaha untuk mengontrol biaya sehingga tetap dalam batas yang wajar tanpa mengorbankan kualitas pelayanan. (Sabarguna, 2007). Dalam upaya untuk mengendalikan biaya, para pengambil keputusan harus memiliki keterampilan untuk melakukan berbagai perbaikan yang signifikan dalam beberapa aspek kunci. Perbaikan ini seharusnya difokuskan pada peningkatan layanan kesehatan dan pemberian perawatan yang lebih baik. Fox (1980) menekankan bahwa strategi pengendalian biaya di rumah sakit tidak hanya berkaitan dengan pengurangan pengeluaran, tetapi juga bermaksud untuk mengubah persepsi atau kesadaran akan pentingnya pengelolaan biaya untuk masa depan rumah sakit.

1.5.6.2 Konsep *Cost Containment*

Rumah sakit, sebagai penyedia layanan kesehatan dengan pengeluaran terbesar, menjadi fokus utama dalam usaha untuk mengatur pengeluaran pelayanan kesehatan. Suatu inisiatif pengendalian biaya (*cost containment*) harus direncanakan dengan teliti, dapat diimplementasikan, dan dipantau secara efektif (Turban, 1980).

Menurut Leonard B. Fox dan Howard Mints dalam bukunya yang berjudul "*Cost Containment in Hospitals*", mereka menjelaskan langkah-langkah strategi pengendalian biaya (*cost containment*) berdasarkan model sistem seperti yang ditampilkan dalam diagram di bawah ini. (Turban, 1980)



Gambar 4. Model Sistem Formulasi Strategi *Cost Containment*

Dari ilustrasi di atas, variabel input merujuk pada unsur-unsur yang terlibat dalam upaya *cost containment*, menandakan komitmen untuk mencapai tujuan yang diharapkan dalam pengendalian biaya. Sebagai konsekuensinya, variabel output serupa dengan variabel input, namun menitikberatkan pada pencapaian hasil yang diinginkan dalam periode waktu tertentu dan dengan imbalan yang sepadan. Dengan cara ini, mencari keseimbangan antara input dan output akan menentukan seleksi variabel konversi yang sesuai, yaitu strategi *cost containment* yang tepat untuk situasi yang dihadapi. (Mahardika, 2018)

1.5.6.3 Tahap-Tahap *Cost Containment*

Ada berbagai teknik dan metode dalam mengorganisasikan dan melaksanakan program pengendalian biaya atau *cost containment*. Secara umum ada 4 tahap dalam *cost containment*, yakni:

1. Kesadaran Biaya (*Cost Awareness*)

Setiap individu yang terlibat di rumah sakit, baik dalam bidang fungsional, medis, maupun administratif, menyadari bahwa setiap tindakan yang mereka lakukan memiliki implikasi biaya administratif yang perlu dihemat. Hal ini bertujuan untuk

meningkatkan kesadaran seluruh staf mengenai pentingnya *cost awareness* di rumah sakit. Fokusnya adalah untuk menumbuhkan kesadaran akan pentingnya memantau dan mengevaluasi semua biaya yang timbul akibat kegiatan di rumah sakit. Sebagai contoh, menulis pesan di atas kertas resep akan menghasilkan biaya yang lebih tinggi dibandingkan dengan menulis pada kertas biasa. (Sabarguna, 2007; Turban, 1980)

Setiap individu yang terlibat di rumah sakit, baik dari latar belakang fungsional, medis, atau administratif, menyadari bahwa setiap tindakan yang mereka lakukan membawa konsekuensi biaya administratif yang perlu dihemat. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan kesadaran seluruh staf terkait pentingnya memahami *cost awareness* di rumah sakit. Fokus utamanya adalah untuk meningkatkan pemahaman tentang perlunya memantau dan mengevaluasi semua biaya yang timbul akibat kegiatan di rumah sakit. Sebagai contoh, menulis pesan di atas kertas resep akan lebih mahal daripada menulis di kertas biasa. (Subanegara, 2010)

Dalam studi yang dilakukan oleh Ziba Rechou (1992), mengenai "*cost awareness among staff level hospital nurses*", disebutkan bahwa sadar biaya merupakan suatu sikap yang mempunyai 3 dimensi utama, yaitu:

- a. Memahami akan pentingnya biaya
- b. Pengetahuan akan biaya
- c. Komitmen untuk melakukan pengurangan biaya

Meskipun ketiga dimensi ini secara teoritis terpisah, secara empiris ditemukan bahwa komitmen untuk mengubah prosedur administratif dan profesional untuk mengurangi biaya memerlukan pengetahuan tentang biaya dan kesadaran akan pentingnya biaya dalam pelayanan kesehatan. Individu yang "sadar biaya" (*cost conscious*) akan menganggap biaya sebagai hal yang signifikan, namun kesadaran akan biaya ini harus tercermin dalam perilaku dan pemikiran mereka. (Rechou, 1992)

Menurut Clayton Petty (1988) dalam tulisannya yang berjudul "*Cost awareness is needed for cost containment*," dia menekankan bahwa untuk mencapai pengendalian biaya yang efektif, penting bagi kita untuk memiliki pemahaman yang baik tentang biaya. Kesadaran akan biaya yang terkait dengan pekerjaan kita dapat meningkatkan tingkat profesionalisme kita. (Petty, 1988)

Menurut Claudia Jorgenson (1994), sebelum tahun 1990-an, perawat dan dokter jarang terlibat dalam proses penetapan anggaran unit. Namun, karena perawat secara langsung berinteraksi dengan pasien dan memiliki pemahaman yang baik

tentang aspek-aspek klinis, manajemen mulai menyadari bahwa perawat memiliki potensi untuk mengontrol biaya pelayanan.(Jorgenson, 1994)

Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa kesadaran biaya (*cost awareness*) bertujuan untuk mengubah sikap, perilaku, dan pola pikir dokter dan perawat sehingga mencapai tingkat kualitas pelayanan yang diinginkan kepada pasien dengan biaya yang lebih rendah. Untuk mencapai tujuan tersebut, diperlukan koordinasi dan kerjasama yang efektif, dengan instrumen utamanya berupa pendidikan tentang biaya, pelatihan, contoh yang baik, dan pemeliharaan insentif.

2. Pemantauan Biaya (*Cost Monitoring*)

Cost monitoring adalah proses pengawasan biaya yang melibatkan pembuatan mekanisme dan metode untuk mengenali, melaporkan, dan memantau semua pengeluaran, seperti apakah ada penghematan yang signifikan dalam hal jumlah pasien yang sama. Misalnya, apakah ada keran yang bocor atau lampu taman yang masih menyala pada siang hari. Fokus utamanya adalah mengetahui di mana dan seberapa banyak uang yang dikeluarkan, serta alasan di baliknya.(Sabarguna, 2007; Turban, 1980)

Monitoring bertujuan untuk mengevaluasi sejauh mana kegiatan yang dilakukan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Selain itu, monitoring juga dimanfaatkan untuk memperbaiki kegiatan yang tidak sesuai dengan rencana, mengatasi pelanggaran aturan dan penyalahgunaan sumber daya, serta berupaya mencapai tujuan dengan cara yang paling efektif dan efisien.(Sabarguna, 2007; Turban, 1980)

Ada beberapa alasan mengapa pengawasan keuangan menjadi penting di suatu organisasi: (Irfan Fahmi, 2011)

- a. Mencegah terjadinya kebocoran dana dan meningkatkan efisiensi secara maksimal.
- b. Menyakinkan bahwa tiap pekerjaan diselesaikan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan penting. Hal ini memastikan bahwa pengeluaran yang telah direncanakan dapat dilaksanakan sesuai dengan rencana, karena ketidaktepatan waktu akan memerlukan alokasi dana tambahan dari organisasi.
- c. Memberikan dukungan kepada akuntan internal dan eksternal dalam melakukan evaluasi keuangan perusahaan secara sistematis.
- d. Membantu dalam merancang konsep keuangan dengan menerapkan prosedur yang sesuai dengan aturan akuntansi yang berlaku.

3. Manajemen Biaya (*Cost Management*)

Cost management adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengawasan terhadap pengeluaran. Tujuannya adalah untuk membangun sistem tanggung jawab dan informasi yang menjadi dasar evaluasi untuk semua program kesehatan di rumah sakit, termasuk kebijakan yang terkait dengan pengendalian biaya. Salah satu contohnya adalah manajemen anggaran pengeluaran. (Sabarguna, 2007)

Cost management dalam konteks rumah sakit adalah pendekatan yang melibatkan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengendalian, dan evaluasi biaya operasional rumah sakit. Ini adalah suatu siklus manajemen biaya yang bertujuan untuk mencapai keberlanjutan keuangan dan penggunaan sumber daya yang efisien.

- a. Perencanaan (*Planning*): Tahap ini melibatkan perencanaan anggaran dan penetapan tujuan biaya. Rumah sakit harus merencanakan dengan tepat berapa besar biaya yang akan dialokasikan untuk berbagai aspek operasional, seperti gaji staf, peralatan medis, dan biaya *overhead*. (Brinkman WP & Wilkerson JM, 2018)
- b. Pengorganisasian (*Organizing*): Setelah perencanaan, rumah sakit harus mengorganisasi sumber daya dan staf untuk memastikan bahwa biaya operasional dikelola dengan efisien. Ini termasuk alokasi sumber daya ke departemen yang berbeda sesuai dengan kebutuhan. (Ogborne RM *et al.*, 2008)
- c. Pelaksanaan (*Actuating*): Tahap ini melibatkan pelaksanaan rencana biaya, termasuk pengeluaran harian rumah sakit. Staf harus mematuhi rencana anggaran dan melakukan pembayaran sesuai dengan prioritas biaya. (Fisher ES *et al.*, 2003)
- d. Pengendalian (*Controlling*): Pengendalian biaya melibatkan pemantauan berkelanjutan terhadap pengeluaran rumah sakit. Jika terjadi varian biaya yang signifikan, tindakan korektif harus diambil untuk mengendalikan biaya. (Young DW & Bunker JP, 2000)
- e. Evaluasi (*Evaluation*): Tahap evaluasi adalah langkah akhir dalam siklus *cost management*. Rumah sakit perlu mengevaluasi hasil dari upaya manajemen biaya, termasuk sejauh mana tujuan anggaran tercapai, apakah ada peningkatan efisiensi, dan dampaknya terhadap keberlanjutan finansial rumah sakit. (Anderson GF & Frogner BK, 2008)

4. Pemberian Insentif (*Cost Incentive*)

Karyawan yang berhasil melakukan penghematan biaya berhak mendapatkan penghargaan atau insentif. Terutama bagi mereka yang mampu menunjukkan teknik penghematan biaya yang efektif dan dapat dijadikan teladan bagi karyawan lainnya. Upaya ini perlu diterapkan sebagai budaya di dalam organisasi. Cost incentive merupakan strategi yang diterapkan dengan memberikan penghargaan, baik dalam bentuk pengakuan maupun imbalan finansial, kepada siapa pun yang berhasil mencapainya. (Sabarguna, 2007)

Contoh: Anggaran unit laboratorium Rp 5.000.000,- per bulan. Namun dalam pelaksanaannya hanya Rp 3.500.000,- per bulan. Tahun berikutnya hanya diberi anggaran Rp 3.500.000,- per bulan. Hal ini tidak benar karena adanya perubahan harga. Seharusnya diberi penghargaan menjadi misalnya Rp 6.000.000,- per bulan dan tahun berikutnya diperhitungkan lagi.

Tindakan tersebut jangan sampai memberatkan, seperti telah dapat menghemat anggaran tahun ini jangan ditekan pada tahun berikutnya, tetapi diberikan kesempatan melakukan hal serupa (penghematan) kembali. (Sabarguna, 2007)

1.5.7 Literature Review

Tabel 2. Literature Review

No	Judul/Penulis/Tahun	Jurnal/ Tesis	Variabel	Sampel Penelitian	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
1	Biaya Satuan dan Pemulihan Biaya (<i>Cost Recovery Rate</i>) Layanan Pasien <i>Acute Coronary Syndrome</i> dengan Rawat Inap di Rumah Sakit X Tahun 2015 (Aurelia and Pujiyanti, 2017)	Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia 2017	Variabel dependen: <i>Cost recovery rate</i> (pemulihan biaya) Variabel independen: <i>Unit cost</i> (biaya satuan)	Populasi: seluruh pasien penyakit jantung koroner akut di Instalasi Gawat Darurat, Laboratorium, Radiologi, ICU, Instalasi Rawat Inap yang tercatat pada Bagian Keuangan RS X pada bulan Januari-Desember 2015 Sampel: rekam medis 14 pasien yang memenuhi kriteria inklusi, hasil wawancara mendalam kepada kepala instalasi dan dokter spesialis penyakit jantung yang bersangkutan	Analisis Deskriptif	Unit cost pelayanan pasien ACS dengan rawat inap di Rumah Sakit X tahun 2015 adalah sebesar Rp 6.083.444,- <i>Cost recovery rate</i> bagi pasien umum sebesar 227,98% dan sebesar 71,38% untuk pasien BPJS. Penghasilan dari pasien BPJS tidak mampu menutupi biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk melakukan penanganan pasien ACS dengan rawat inap.	Persamaan: Meneliti <i>unit cost</i> dan <i>cost recovery rate</i> Perbedaan: Tidak meneliti <i>cost containment</i> rumah sakit secara detail Dilakukan pada pasien rawat inap dengan ACS
2	Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBGs Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2015 (Dumaris, 2016)	Jurnal Administrasi Rumah Sakit	Variabel dependen: Perbedaan Tarif Variabel independen: Tarif Rumah	Populasi: Sampel:	Mix method (Kuantitatif – Kualitatif) bersifat deskriptif analitik	645(27,1 %) kasus dari total 2384 kasus memiliki selisih negatif dan 1 739 (72,9%) kasus dengan selisih positif. Rerata tarif RS Rp 221.683 dan rerata tarif INA-CBGs Rp278.676 dengan rerata	Persamaan: Meneliti upaya RS terkait perbedaan tarif (<i>cost containment</i>) dan analisis tarif RS dan tarif INA-CBGs

Lanjutan...

No	Judul/Penulis/Tahun	Jurnal/ Tesis	Variabel	Sampel Penelitian	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
			Sakit dan Tarif INA-CBs			<p>selisih tarif Rp56.993. Total selisih tarif Rp135.871.933 atau 25,7% dari tarif RS.</p> <p>Pihak manajemen menerapkan upaya efisiensi biaya dari mulai proses perencanaan sampai evaluasi, dengan tetap mengutamakan mutu, mempercepat penyusunan dan implementasi <i>clinical pathway</i> agar pelayanan lebih terstandarisasi dan dapat meningkatkan kualitas pelayanan serta sistem remunerasi yang baik yang mencerminkan asas adil dan layak.</p>	Perbedaan: Tidak meneliti <i>cost recovery rate</i> . Tidak menghitung <i>unit cost</i>
3	Optimalisasi <i>Cost Recovery Rate</i> Berdasarkan Biaya Satuan Menggunakan Metode <i>Activity Based Costing</i>	Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia	Variabel dependen: <i>Cost Recovery Rate</i>	Sampel: Unit Pelaksana Fungsional (UPF) Konservasi RSGM FKG Universitas Airlangga	Analisis Deskriptif	Tarif pelayanan pada UPF Konservasi RSGM FKG UA sebagian besar belum rasional berdasarkan kajian biaya satuan.	Persamaan: Menghitung biaya satuan dan wawancara pelaksanaan <i>cost</i>

No	Judul/Penulis/Tahun	Jurnal/ Tesis	Variabel	Sampel Penelitian	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
	(Aini and Rochmah, 2013)		Variabel independen: Biaya Satuan	Responden: Seluruh petugas bagian administrasi dan keuangan RSGM FKG UA, seluruh pegawai di UPF Konservasi RSGM FKG UA		Pada pelaksanaan <i>Cost containment</i> di UPF Konservasi RSGM FKG UA masih belum terlaksana dengan baik	containment pada seluruh petugas Perbedaan: Dilakukan perhitungan semua biaya satuan pada 1 unit UPF Konservasi RSGM FKG UA
4	<i>Analysis of Costs, Tariffs and Utilization of Increased Cost Recovery Rates</i> (Girsang <i>et al.</i> , 2022)	Budapest International Research and Critics Institute Journal (BIRCI-Journal)	Variabel dependen: <i>Cost Recovery Rate</i> Variabel independen: Costs, Tariffs and Utilization	Sampel: 5 penyakit terbanyak rawat inap di RS Harapan Bunda periode 2019-2020 Responden: Direktur, Kepala Pelayanan Medis, Kepala Subdivisi Keuangan, Kepala Subdivisi Akuntansi dan Pemasaran	Analisis deskriptif kuantitatif dan kualitatif	Terjadi perubahan CRR setiap tahunnya, cara penentuan tarif produk jasa dan perbandingannya dengan tarif RS pesaing di Batam, jumlah pasien penyakit tersebut berjumlah 4222 orang, hanya sekitar 53 orang yang dipulangkan meninggal karena berbagai sebab. Strategi yang dilakukan RS Harapan Bunda dalam meningkatkan CRR adalah dengan mempromosikan	Persamaan: Menganalisis CRR dan melakukan wawancara dengan responden mengenai efek biaya, tarif dan pemakaian untuk meningkatkan CRR Perbedaan: Tidak menghitung biaya satuan dan membandingkan dengan tarif INA-CBGs

No	Judul/Penulis/Tahun	Jurnal/ Tesis	Variabel	Sampel Penelitian	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
						beberapa produk layanan unggulan	
5	<i>Cost Recovery Rate</i> Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBGs Berdasarkan <i>Clinical Pathway</i> pada Penyakit Arteri Koroner di RS Pemerintah A di Palembang Tahun 2015 (Mardiah and Rivany, 2017)	Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia	Variabel dependen: Cost recovery rate tarif Rumah Sakit dan taif INA-CBGs Variabel independen: <i>Clinical pathway</i> Penyakit Arteri Koroner	Sampel: pasien Penyakit Jantung Koroner selama bulan Januari sampai Maret tahun 2015 Responden: Kelompok Staf Medis (KSM) Penyakit Dalam Divisi Kardiovaskuler dan KSM Kardiologi	Analisis deskriptif kuantitatif dan kualitatif	Ada perbedaan <i>cost recovery rate</i> (CRR) tarif INACBG's dan tarif rumah sakit pada kasus CAD dengan PCI dimana CRR tarif rumah sakit pada <i>severity level</i> I dan II dengan utilisasi stent 1-4 lebih baik dari CRR INA-CBGs karena tarif RS memperhitungkan penambahan jumlah stent pada setiap tindakan PCI sedangkan tarif INA-CBGs tidak memperhitungkan penambahan stent tersebut. Tetapi pada <i>severity level</i> III dengan utilisasi stent sampai dengan 2 nilai CRR INA-CBGs lebih baik dari CRR RS karena tarif INA-CBGs terhadap tindakan PCI di <i>severity level</i> III cukup tinggi melebihi COT, namun jika <i>utility</i>	Persamaan: Analisis CRR, <i>cost of treatment</i> (COT), Tarif RS dan Tarif INA-CBGs Perbedaan: Tidak menganalisis <i>cost containment</i>

No	Judul/Penulis/Tahun	Jurnal/ Tesis	Variabel	Sampel Penelitian	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
						stent lebih dari 2 maka CRR sudah turun dibawah angka 100%. Ini berarti nilai stent sangat berpengaruh dalam menentukan nilai COT pada tindakan PCI bagi pasien CAD.	
6	Analisis <i>Cost Awareness</i> dan <i>Cost Monitoring</i> Untuk Efisiensi Biaya Pelayanan di Sub Departemen Radiologi Rumkital Dr. Montohardjo (Studi Kasus: Pelayanan Thoraks AP/PA Foto) (Paruntu, 2012)	Tesis Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Universitas Indonesia	Variabel dependen: Efisiensi dalam pelayanan radiologi Variabel independen: <i>Cost awareness, cost monitoring</i>	Sampel: dokumen-dokumen di sub departemen radiologi Rumkital Dr. Mintohardjo. bagian keuangan dan bagian Program Kerja dan Anggaran Responden: Kepala Subdep Radiologi, Kasi Administrasi, Kasie Matkesrad, Radiografer pelaksana	Analisis deskriptif kuantitatif dan kualitatif	Kesadaran biaya (<i>Cost awareness</i>) dari para petugas radiografer dianggap cukup baik, Pelaksanaan Pemantauan biaya (<i>cost monitoring</i>) masih jauh dari yang diharapkan. Dari hasil analisa biaya di sub departemen radiologi rumkital Dr. Mintohardjo, didapat bahwa biaya satuan aktual untuk layanan thoraks AP/PA foto adalah Rp 125.036 ,- dan biaya satuan normatifnya Rp 109.219 ,Hal ini berarti bahwa rumah sakit	Persamaan: Menghitung biaya satuan dan analisis <i>cost containment</i> Perbedaan: Hanya meneliti <i>cost awareness</i> dan <i>cost monitoring</i> . Tidak ada analisis CRR, tarif RS dan INA-CBGs

No	Judul/Penulis/Tahun	Jurnal/ Tesis	Variabel	Sampel Penelitian	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
						mengeluarkan biaya lebih daripada yang seharusnya, yang perlu dilakukan penghematan adalah pada BHPO, yaitu penggunaan lembar x-ray film	
7	Analisis Perbandingan Biaya Satuan Pelayanan Hemodialisa dengan Metode <i>Activity Based Costing</i> (ABC) Terhadap Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBGs serta <i>Cost Recovery Rate</i> (Verdika <i>et al.</i> , 2022)	Humatech: Jurnal Ilmiah Multidisiplin Indonesia	Variabel dependen: <i>Cost recovery rate</i> Variabel independen: Biaya satuan	Sampel: data biaya hemodialisa tahun 2020 Responden: petugas admisi, petugas hemodialisa	Analisis deskriptif kualitatif	<ol style="list-style-type: none"> Hasil perhitungan analisa biaya tindakan hemodialisa dengan metode ABC di RSUD Puri Asih pada tahun 2020 sebesar Rp. 887.707,-. Tarif INA-CBGs untuk tindakan hemodialisa pada RS tipe C di RSUD Puri Asih sebesar Rp. 825.500,-. Perbandingan tarif hemodialisa antara metode ABC dengan tarif INA-CBGs mendapatkan hasil selisih negatif. Sedangkan dengan tarif rumah sakit 	<p>Persamaan: Menghitung unit cost dan analisis dengan tarif RS, tarif INA-CBGs dan CRR</p> <p>Perbedaan: Tidak meneliti <i>cost containment</i></p>

No	Judul/Penulis/Tahun	Jurnal/ Tesis	Variabel	Sampel Penelitian	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
						mendapatkan hasil selisih positif 4. Faktor-faktor yang mempengaruhi perbedaan selisih tarif pelayanan hemodialisa dipengaruhi oleh biaya langsung, biaya <i>overhead</i> , dan jumlah tindakan. 5. CRR pelayanan hemodialisa diperoleh nilai 95,97%.	
8	Analisis <i>Cost Recovery rate</i> (CRR) Berdasarkan Analisis Biaya, Tarif dan Utilisasi Sebagai Dasar <i>Cost Containment</i> di Rumah Sakit X Sidoarjo (Aritonang, 2019)	Tesis Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Airlangga	Variabel dependen: <i>Cost Recovery rate</i> Variabel independen: Biaya, tarif dan Utilisasi	Sampel: Laporan keuangan Rumah Sakit X Sidoarjo Tahun 2015-2018	Analisis observasional kuantitatif	CRR di Rumah Sakit X Sidoarjo tidak mencapai 100%. Hal ini disebabkan pendapatan RS masih di bawah target sedangkan pengeluaran RS masih tinggi. Terdapat 62,1% tarif produk yang tidak rasional dan 72,4% produk pelayanan lebih tinggi dari RS pesaing. Selain itu, rendahnya utilisasi pelayanan (seluruh unit pelayanan	Persamaan: Menghitung unit cost dan menganalisis perbedaannya dengan tarif produk dan menyusun upaya <i>Cost containment</i> Perbedaan: Tidak ada analisis dengan tarif INA-CBGs

No	Judul/Penulis/Tahun	Jurnal/ Tesis	Variabel	Sampel Penelitian	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
						<p>tidak ada yang mencapai target <i>supply</i> maksimal yang ditetapkan yaitu sebesar 80%). Rekomendasi untuk meningkatkan CRR adalah dengan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan <i>Cost Containment</i> guna mencapai efisiensi 2. Membentuk tim tarif agar tarif produk lebih rasional 3. Meningkatkan utilisasi pelayanan 	
9	<p><i>Cost Recovery Rate</i> dan Pengendalian Biaya di Rumah Sakit: Studi kasus pada Rumah Sakit Pemerintah (Arfiani <i>et al.</i>, 2020)</p>	<p>Jurnal Aset (Akuntansi Riset)</p>	<p>Variabel dependen: Pengendalian Biaya Variabel independen: <i>Cost recovery rate</i></p>	<p>Sampel: 5 kasus rawat inap terbanyak pada bagian penyakit dalam RS Sejahtera tahun 2018, yakni CKD (<i>Chronic Kidney Disease</i>) <i>stage</i> 5, PSMBA (Pendarahan Saluran Cerna Bagian Atas, Diabetes Mellitus Tipe 2, Sepsis, dan Sirosis Hepatis Responden: staf ahli</p>	<p>Analisis Kuantitatif-kualitatif bersifat deskriptif analitik</p>	<p>CRR (pendapatan dari klaim BPJS/ total biaya yang dikeluarkan) hanya 60%. Pihak RS Sejahtera sudah melakukan beberapa langkah: bagian akuntansi yang melakukan analisis internal terhadap perbandingan biaya klaim dan tarif INACBGs selama tahun 2016</p>	<p>Persamaan: Meneliti CRR dan <i>Cost containment</i> Perbedaan: Tidak menghitung biaya satuan, total biaya yang dimasukkan ke rumus CRR berdasarkan tarif RS</p>

No	Judul/Penulis/Tahun	Jurnal/ Tesis	Variabel	Sampel Penelitian	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
				dari divisi akuntansi, divisi keuangan, divisi instalasi asuransi dan dokter spesialis penyakit dalam		sampai 2018, hal ini dilakukan sebagai dasar untuk mengambil kebijakan selanjutnya	
10	<p>Analisis Biaya Produksi di Unit Kerja Poli Rehabilitasi Medis Rumah Sakit X Batang, Jawa Tengah</p> <p>(Aimanah <i>et al.</i>, 2018)</p>	Buletin Penelitian Sistem Kesehatan	<p>Variabel dependen:</p> <p>Variabel independen:</p>	Sampel: Data biaya pelayanan di Poli Rehabilitasi Medis Rumah Sakit X Batang, Jawa Tengah	Analisis deskriptif kuantitatif	Unit cost normatif yang didapatkan adalah Rp 126.563,75, sedangkan unit cost aktual sebesar Rp 119.622,64. Tarif yang berlaku di poli rehabilitasi medik adalah Rp 26.000. Berdasarkan wawancara mendalam ke pihak manajemen RS X Batang, untuk pelayanan di Poli Rehabilitasi keuntungan yang diinginkan adalah 15% persen, sehingga perlu dilakukan penyesuaian atau penerapan tarif baru yaitu sebesar Rp. 145.548,32, karena tarif yang berlaku saat ini (Rp. 26.000,-) belum dapat mencapai 100% tingkat pemulihan (CRR) yang diharapkan (baru	<p>Persamaan: Menghitung unit cost dan CRR</p> <p>Perbedaan: Tidak ada analisis cost containment dan analisis biaya berdasarkan tarif INA-CBGs</p>

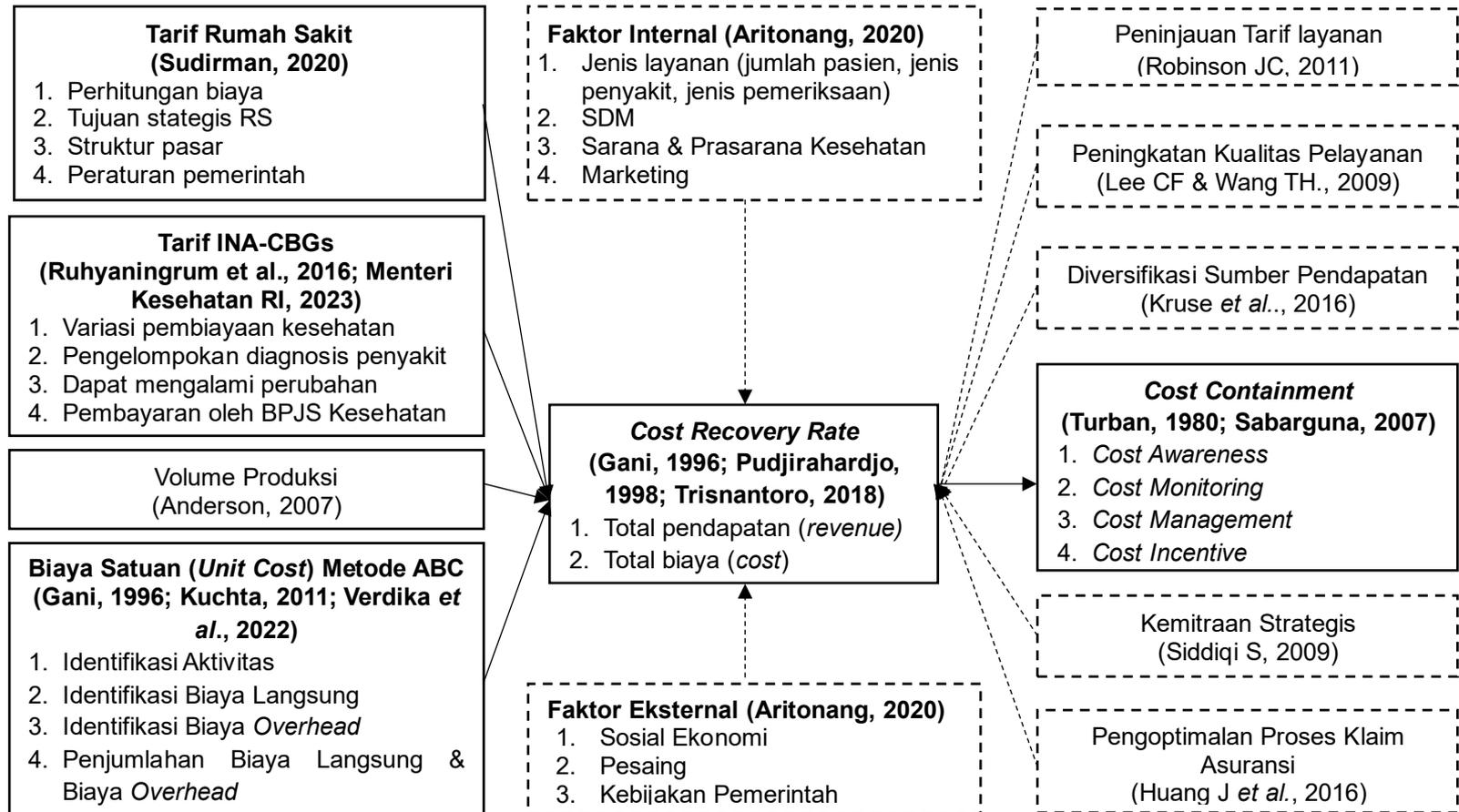
No	Judul/Penulis/Tahun	Jurnal/ Tesis	Variabel	Sampel Penelitian	Uji Statistik	Hasil Penelitian	Persamaan dan Perbedaan
						mencapai 21,74%). Dalam penyesuaian tarif ini perlu juga dipertimbangkan kemampuan daya beli pasien (ATP/WTP) yang belum diperhitungkan dalam analisis ini. Sehingga pihak manajemen perlu membuat analisis dan evaluasi lebih lanjut.	

1.5.8 Mapping Teori Penelitian

Tabel 3. Mapping Teori Penelitian

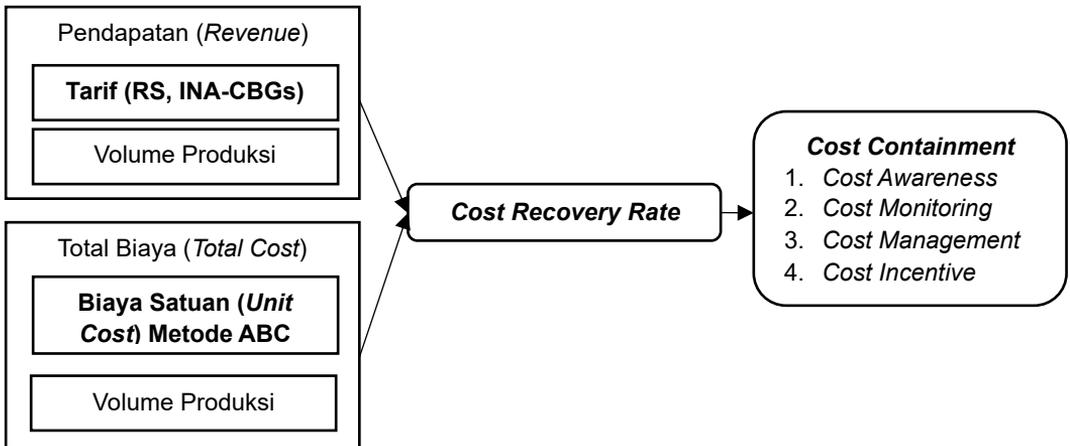
Tarif Rumah Sakit	Tarif INA-CBGs	Biaya Satuan (<i>Unit Cost</i>)	<i>Cost Recovery Rate</i>	<i>Cost Containment</i>
<p>Trisnantoro (2018) Tujuan penetapan tarif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemulihan biaya 2. Subsidi silang 3. Mutu pelayanan 4. Akses pelayanan 5. Keunggulan bersaing <p>Dumaris (2016) Faktor Pertimbangan Penetapan Tarif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Biaya Satuan 2. Jenis Pelayanan 3. Tingkat Kemampuan Masyarakat 4. Elastisitas 5. Pesaing yang setara <p>Sudirman (2020) Prinsip Penetapan Tarif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perhitungan biaya 2. Tujuan strategis RS 3. Struktur pasar 4. Peraturan pemerintah 	<p>Menteri Kesehatan Republik Indonesia (2013, 2018)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jaminan Kesehatan Nasional 2. Pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan 3. Dapat mengalami perubahan <p>Rahayuningrum et al. (2016)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Variasi pembiayaan kesehatan 2. Pengelompokan diagnosis penyakit 	<p>Paruntu (2012) Klasifikasi Biaya Satuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Biaya satuan aktual 2. Biaya satuan normatif <p>Gani (1996) Metode Analisis Biaya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Simple Distribution</i> 2. <i>Step Down Method</i> 3. <i>Double Distribution Method</i> 4. <i>Multiple Distribution</i> 5. <i>Activity Based Costing (ABC)</i> <p>Verdika et al. (2022) Tahap Perhitungan <i>Unit Cost</i> Metode ABC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi Aktivitas 2. Identifikasi Biaya Langsung 3. Identifikasi Biaya <i>Overhead</i> 4. Penjumlahan Biaya Langsung & Biaya <i>Overhead</i> 	<p>Pudjirahardjo (1998)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Total pendapatan (<i>revenue</i>) 2. Total biaya (<i>cost</i>) <p>Gani (1996) CRR ideal >1 atau >100%</p>	<p>Turban (1980)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Cost Awareness</i> 2. <i>Cost Monitoring</i> 3. <i>Cost Management</i> 4. <i>Cost Incentive</i> <p>Sabarguna (2007)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penekanan biaya rasional 2. Peningkatan layanan kesehatan 3. Mutu pelayanan tidak turun

1.5.9 Kerangka Teori Penelitian



Gambar 5. Kerangka Teori Penelitian

1.5.10 Kerangka Konseptual



Keterangan:

: Variabel Independen

: Variabel Dependen

Gambar 6. Kerangka Konseptual Penelitian

1.5.11 Definisi Operasional

Tabel 4. Definisi Operasional Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Hasil Ukur/Penilaian
1	Pendapatan (<i>Revenue</i>)	Jumlah penghasilan yang diperoleh Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar dari tindakan Hemodialisis selama periode Januari-Desember 2023	Hasil Perhitungan: Tarif x Volume Produksi	Numerik
2	Tarif Rumah Sakit	Nilai jasa pelayanan satu tindakan hemodialisis yang telah ditetapkan Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar	<ul style="list-style-type: none"> • Telaah Dokumen Tarif RS • Analisis tarif RS dibandingkan dengan biaya satuan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rasional, jika tarif rumah sakit > biaya satuan 2. Tidak rasional, jika tarif rumah sakit \leq biaya satuan
3	Tarif INA-CBGs	Nilai jasa pelayanan satu tindakan hemodialisis yang telah ditetapkan berdasarkan regulasi Menteri Kesehatan RI	<ul style="list-style-type: none"> • Telaah dokumen regulasi • Analisis tarif INA-CBGs dibandingkan dengan biaya satuan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rasional, jika tarif INA-CBGs > biaya satuan 2. Tidak rasional, jika tarif INA-CBGs \leq biaya satuan
4	Volume Produksi	Jumlah tindakan hemodialisis di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar yang terklaim pada periode Januari-Desember 2023	Data sekunder dari bagian <i>casemix</i>	Numerik
5	Total Biaya (<i>Total cost</i>)	Total seluruh biaya yang dikeluarkan Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar dari tindakan hemodialisis selama periode Januari-Desember 2023	Hasil Perhitungan: Biaya satuan x volume produksi	Numerik

Lanjutan...

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Hasil Ukur/Penilaian
6	Biaya satuan (<i>Unit cost</i>)	Sejumlah nilai input yang dibutuhkan untuk menghasilkan satu output tindakan hemodialisis di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar	Hasil Perhitungan: Metode <i>Activity Based Costing</i> • Biaya Langsung + Biaya <i>Overhead</i>	Numerik
7	<i>Cost Recovery Rate</i>	Hasil pembagian antara total pendapatan dengan total biaya pada tindakan hemodialisis di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar	Hasil Perhitungan • Total pendapatan/Total Biaya	Numerik
8	<i>Cost Containment</i>	Upaya penghematan biaya sampai pada titik yang rasional sebagai efisiensi tindakan	• Observasi • Wawancara mendalam • <i>Focus Group Discussion</i> (FGD)	Kualitatif Hasil observasi, wawancara, dan FGD mengenai upaya pengendalian biaya Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar dalam bentuk tabel dan narasi kemudian disimpulkan
9	<i>Cost Awareness</i>	Kesadaran (pengetahuan, pemahaman, sikap) setiap petugas Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar bahwa masing-masing tindakan mengandung biaya	• Observasi • Wawancara mendalam	Kualitatif Hasil observasi dan wawancara mengenai kesadaran petugas akan biaya Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar dalam bentuk tabel dan

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Hasil Ukur/Penilaian
				narasi kemudian disimpulkan
10	<i>Cost Monitoring</i>	Upaya pemantauan biaya (kebijakan, proses, evaluasi) di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara mendalam 	Kualitatif Hasil wawancara mengenai upaya pemantauan biaya Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar dalam bentuk narasi kemudian disimpulkan
11	<i>Cost Management</i>	Upaya perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengendalian dan evaluasi biaya yang akan dikeluarkan di tiap unit di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara mendalam 	Kualitatif Hasil wawancara mengenai upaya manajemen biaya Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar dalam bentuk narasi kemudian disimpulkan
12	<i>Cost Incentive</i>	Biaya yang dikeluarkan untuk diberikan kepada karyawan yang telah melakukan penghematan biaya di Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar	<ul style="list-style-type: none"> • Wawancara mendalam 	Kualitatif Hasil observasi dan wawancara mengenai ada tidaknya insentif yang diberikan kepada petugas yang telah melakukan penghematan biaya di

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Pengukuran	Hasil Ukur/Penilaian
				Rumah Sakit Tk II Pelamonia Makassar dalam bentuk narasi kemudian disimpulkan