

**TESIS**

**ANALISIS BIAYA BERDASARKAN BIAYA SATUAN, KEMAMPUAN  
DAN KEMAUAN MEMBAYAR PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH CENDRAWASIH DOBO PROVINSI MALUKU**

***COST ANALYSIS BASED ON UNIT COST, ABILITY AND WILLING TO  
PAY INPATIENT PATIENTS IN CENDRAWASIH DOBO REGIONAL  
GENERAL HOSPITAL, MALUKU PROVINCE***

**JUSMAN  
K052211001**



**PROGRAM STUDI MAGISTER ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2023**

LEMBAR PENGESAHAN

ANALISIS BIAYA BERDASARKAN BIAYA SATUAN, KEMAMPUAN DAN  
KEMAUAN MEMBAYAR PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH CENDRAWASIH DOBO PROVINSI MALUKU

Disusun dan diajukan oleh

JUSMAN  
K052211001

Telah dipertahankan di hadapan Panitia ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin pada tanggal 12 Juli 2023 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama,

Pembimbing Pendamping,



Prof. Dr. H. Indar, SH., MPH  
NIP. 19531110 198601 1 001

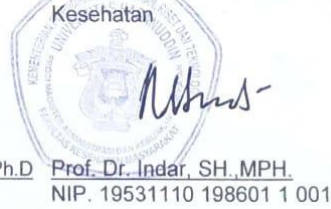
Prof. Dr. Darmawansyah, SE., MS  
NIP. 19640424 199103 1 002

Dekan Fakultas  
Kesehatan Masyarakat

Ketua Program Studi S2  
Administrasi dan Kebijakan  
Kesehatan

Prof. Sukri Paluttun, SKM., M.Kes., M.Sc.PH., Ph.D  
NIP. 19720529 200112 1 001

Prof. Dr. Indar, SH., MPH  
NIP. 19531110 198601 1 001

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **JUSMAN**  
NIM : K052211001  
Program studi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan  
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :

**ANALISIS BIAYA BERDASARKAN BIAYA SATUAN, KEMAMPUAN DAN  
KEMAUAN MEMBAYAR PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT UMUM  
DAERAH CENDRAWASIH DOBO PROVINSI MALUKU**

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

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

Makassar, 12 Juli 2023.

Yang menyatakan

  
The image shows a 10,000 Indonesian Rupiah revenue stamp (Meterai Tempel) with a signature over it. The stamp is yellow and green, with the number '10000' and the text 'METERAI TEMPEL' and '69AKX474796265' visible. The signature is in black ink and is written over the stamp.

**JUSMAN**

## ABSTRAK

**JUSMAN.** *Analisis Biaya Berdasarkan Biaya Satuan, Kemampuan dan Kemauan Membayar Pasien Rawat Inap Dirumah Sakit Umum Daerah Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku* (Dibimbing oleh Indar dan Damawansyah)

Perhitungan untuk menetapkan besar tarif rumah sakit yang berdasarkan komponen biaya satuan (unit cost) merupakan hasil perhitungan biaya total (total cost) masing-masing kegiatan yang dikeluarkan rumah sakit yang selanjutnya dibagi dengan jumlah output pada masing-masing pusat biaya. Tujuan penelitian ini yaitu untuk menentukan analisis biaya berdasarkan unit cost pada Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Cendrawasih Dobo, Provinsi Maluku.

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan metode survey deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah semua transaksi keuangan yang terjadi di Rumah Sakit Umum Daerah Cendrawasih Dobo tahun 2022. Sampel adalah semua transaksi keuangan yang berkaitan dengan biaya tetap, biaya operasional tidak tetap dan biaya operasional tetap yang dikeluarkan pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Cendrawasih Dobo tahun 2022.

Hasil penelitian ini menunjukkan besarnya tarif berdasarkan biaya satuan diperoleh untuk rawat inap kelas VIP sebesar Rp.248.919,-, Kelas 1 sebesar Rp.154.778,-, Kelas 2 sebesar Rp.115.799,- dan Kelas 3 sebesar Rp.83.362,-. Saran untuk Rumah Sakit perlu mempertimbangkan analisis biaya satuan (unit cost), kemampuan dan kemauan membayar pasien sebagai bahan pertimbangan secara ilmiah untuk menetapkan tarif rasional yang berimbang antara kepentingan rumah sakit dan kebutuhan serta kemampuan masyarakat Provinsi Maluku.

**Kata Kunci:** Analisis Biaya, Biaya Satuan (Unit Cost), Kemampuan Membayar (ATP), Kemauan Membayar (WTP), Penetapan Tarif Rawat Inap





## ABSTRACT

**JUSMAN.** *Cost Analysis Based on Unit Cost, Ability and Willingness to Pay for Inpatients at the Cendrawasih Dobo General Hospital in Maluku Province* (Supervised by **Indar** and **Darmawansyah**)

The calculation for setting the hospital rate based on the unit cost component is the result of calculating the total cost of each activity incurred by the hospital which is then divided by the total output at each cost centre. The purpose of this study was to determine the cost analysis based on the unit cost at the Inpatient Installation of the Cendrawasih Dobo General Hospital, Maluku Province.

This research is quantitative research using the descriptive survey method. The population in this study are all financial transactions that occur at the Cendrawasih Regional General Hospital in Dobo in 2022. The sample is all financial transactions related to fixed costs, variable operational costs and fixed operational costs incurred at the inpatient installation of the Cendrawasih Regional General Hospital Dobo in 2022.

The results of this study indicate that the rate based on unit costs obtained for inpatient VIP class is Rp. 248,919, -, Class 1 is Rp. 154,778, -, Class 2 is Rp. 115,799, - and Class 3 is Rp. 83,362, -. Suggestions for hospitals need to consider unit cost analysis, patient's ability and willingness to pay as material for scientific consideration to determine rational rates that are balanced between the interests of the hospital and the needs and abilities of the people of Maluku Province.

**Keywords:** Cost Analysis, Unit Cost, Ability To Pay (ATP), Willingness To Pay (WTP), Determination Of Hospitalization Rates



## KATA PENGANTAR

Syukur alhamdulillah senantiasa diucapkan penulis kepada Allah SWT., sebagai ungkapan syukur atas berkat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini. Penulisan tesis ini merupakan kewajiban akademik yang membutuhkan perjuangan dan semangat serta kesabaran dan ketabahan. Betapa tidak, penulisan tesis bagaikan mengarungi lautan ilmu yang begitu luas. Tidak jelas ke mana arah biduk harus ditambatkan untuk menggapai secercah cahaya kepastian. Namun, akhirnya melalui mimbar akademik ini telah membawa penulis menemukan seberkas sinar yang menghantarkan proses penulisan tesis ini mencapai titik penyelesaian.

Sebagai ungkapan rasa bahagia, penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada pembimbing dan penguji yang terhormat atas kontribusi yang telah penulis terima selama ini. Ucapan terima kasih penulis haturkan kepada Prof. Dr. Indar, SH., MPH selaku pembimbing utama dan Prof. Dr. Darmawansyah, SE., MS., selaku pembimbing pendamping, yang sangat bijak, senantiasa mendorong, dan memberi semangat serta perhatian yang penuh dalam membimbing dan mengarahkan penulis. Kemudian penulis sampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Jamaluddin Jompa.,M.Sc selaku Rektor Universitas Hasanuddin Makassar yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk dapat mengikuti pendidikan di Universitas Hasanuddin.

2. Prof. Sukri Palutturi, SKM.,M.Kes.,M.Sc.PH.,Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar
3. Prof. Dr. Indar, SH., MPH selaku Ketua Program Studi S2 Administrasi Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar
4. Dr. H. Muhammad Alwy Arifin, M.Kes, Dr. Syamsuar, SKM., M.Kes., dan Prof. Dr. Stang, M.Kes selaku penguji yang telah memberikan koreksi yang sangat berharga untuk penyempurnaan tesis ini.
5. Ucapan tidak terhingga penulis juga ucapkan kepada kedua orang tua penulis, Baco Saleh (Almarhum) dan Hj. Hasnah (Almarhumah) yang telah melahirkan dan memberi kasih sayang serta mendidik dengan bijaksana dan penuh cinta serta kasih sayang. Demikian juga kepada kedua Orang Tua Angkat penulis, Anwaruddin dan Musdalifa, S.Pd, yang senantiasa mengajarkan dan membimbing penulis dan keluarga dalam memaknai hidup ini.
6. Teristimewa kepada istri tercinta Sriwahyuni, SKM dan Ananda Adinda Nursyafi'l izzan Ga'azih dan Garza Ramadhan Al Ga'azih yang selalu sabar, tabah, dan setia mendampingi penulis baik dalam suka maupun duka. Kepada Saudara-saudaraku tercinta Hj. Isa, Saharia terima kasih atas perhatian, dukungan, dan doanya.
7. Tidak lupa pula, penulis mengucapkan terima kasih kepada rekan kantor Rumah Sakit Umum Daerah Cendrawasih Dobo, dr. Glend H. Pattinama, Jhon Tifen, Yelika Lopulalang, SKM., M.Kes, Achmad

Wis Hadi, S.kep Ners., dan rekan lain yang tidak bisa disebutkan satu per satu.

Akhirnya, dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak demi penyempurnaan tesis ini. Semoga tesis ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan di masa yang akan datang. Semoga Allah SWT, meridhoi-Nya. Amin.

Makassar, Maret 2023

Penulis



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>ii</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>v</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>vi</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xiii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	8
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>9</b>
A. Tinjauan Umum tentang Biaya .....	9
B. Tinjauan Umum tentang Analisis Biaya .....	14
C. Tinjauan Umum tentang Biaya Satuan ( <i>Unit Cost</i> ) .....	22
D. Tinjauan Umum tentang Kemampuan Membayar.....	25
E. Tinjauan Umum tentang Kemauan Membayar .....	29
F. Tinjauan Umum tentang Rumah Sakit .....	31
G. Sintesa Penelitian .....	37
H. Kerangka Teori.....	53
I. Kerangka Konsep .....	54
J. Kerangka Operasional .....	55
K. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif .....	56
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b> .....	<b>60</b>
A. Desain Penelitian.....	60
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	60
C. Populasi dan Sampel .....	60
D. Metode Pengumpulan Data .....	61

E. Pengolahan dan Penyajian Data.....	62
F. Analisis Data.....	63
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>65</b>
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	65
B. Hasil Penelitian .....	68
C. Pembahasan .....	91
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>65</b>
A. Kesimpulan.....	118
B. Saran.....	119
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel</b>	<b>Halaman</b>
1. Sintesa Penelitian .....	37
2. Rekapitulasi Biaya Tetap (Fixed Cost) masing-masing Pusat Biaya di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku .....	70
3. Rekapitulasi Biaya Semi Variabel (SVC) masing-masing Pusat Biaya di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku .....	71
4. Rekapitulasi Biaya Operasional Tidak Tetap (Variabel Cost) pada masing- masing Pusat Biaya di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku .....	73
5. Rekapitulasi Biaya Total masing-masing Pusat Biaya di Instalasi Rawat Inap di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku.....	74
6. Distribusi Biaya Satuan (UC) berdasarkan Kelas Perawatan di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku .....	75
7. Distribusi Perbandingan Tarif Perda Rumah Sakit dan Tarif UC di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku .....	77
8. Distribusi Responden Berdasarkan Kelompok Umur, di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku .....	78
9. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku .....	79
10. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku .....	80
11. Distribusi Responden Berdasarkan Status Perkawinan di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku .....	81
12. Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku .....	81
13. Distribusi Responden Berdasarkan Kelas Perawatan di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku .....	82
14. Distribusi Responden Berdasarkan Penghasilan dan Kelas Perawatan di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku .....	83
15. Distribusi Responden Berdasarkan Pengeluaran Untuk Makanan Dan Kelas Perawatan di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku.....	84
16. Distribusi Responden Berdasarkan Pengeluaran Untuk Non Makanan dan Kelas Perawatan di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku .....	85
17. Distribusi Responden Berdasarkan Pengeluaran Untuk Non Esensial dan Kelas Perawatan di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku.....	86
18. Distribusi Kemampuan Membayar (ATP) Responden Berdasarkan 5% Pengeluaran Non Makanan masing-masing Kelas Perawatan di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku .....	87
19. Distribusi Kemauan Membayar (WTP Aktual) Responden Berdasarkan Kelas Perawatan di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku .....	88
20. Distribusi Kemauan Membayar (WTP Normatif) Responden	

Berdasarkan Kelas Perawatan di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku .....	89
21. Hasil Perhitungan Tarif Rasional Berdasarkan Kelas Perawatan di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku .....	90
22. Perbandingan Tarif Rasional Kelas Rawat Inap dan Tarif Perda di RSUD Cendrawasih Dobo Provinsi Maluku .....	91

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kerangka Teori .....	53
Gambar 2 Kerangka Konsep .....	54
Gambar 3 Kerangka Operasional .....	55
Gambar 4 Letak Geografis.....	67





# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 menyebutkan bahwa pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan. Pembiayaan kesehatan merupakan besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat (Kemenkes RI, 2019).

Biaya kesehatan di Indonesia cenderung meningkat yang disebabkan oleh berbagai faktor, di antaranya adalah pola penyakit degeneratif, orientasi pada pembiayaan kuratif, pembayaran out of pocket (*fee for service*) secara individual, service yang ditentukan oleh provider, teknologi canggih, perkembangan (sub) spesialisasi ilmu kedokteran, dan tidak lepas juga dari tingkat inflasi. Dengan kondisi dan situasi yang ada seperti ini maka akses dan mutu pelayanan kesehatan terancam, terutama bagi masyarakat yang tidak mampu. Hal ini menyebabkan derajat kesehatan masyarakat semakin rendah. Kondisi tersebut diperparah dengan tarif rumah sakit yang tidak standar, sehingga masing-masing rumah sakit cenderung menetapkan tarif sendiri (Hosizah, 2013).

Berdasarkan kenyataan, di Indonesia terjadi keadaan yang menunjukkan adanya campuran antara kekuatan pasar dan peran pemerintah. Pentarifan untuk rumah sakit pemerintah dan swasta dipengaruhi oleh pemerintah. Khusus rumah sakit pemerintah daerah, pentarifan dilakukan oleh Peraturan Daerah. Dalam hal ini terjadi berbagai variasi dalam penetapan peraturan daerah. Ada daerah yang sangat longgar

tetapi ada pula yang sangat kaku. Akan tetapi, berbagai komponen pelayanan, termasuk bangsal VIP, penetapan tarif dilakukan rumah sakit tanpa ditentukan oleh peraturan pemerintah. Sistem ini semakin dipakai karena penetapan tarif oleh pemerintah sering tidak sesuai dengan unit cost dan terjadinya subsidi (Trisnantoro, 2015).

Pada perusahaan swasta penetapan tarif merupakan keputusan yang paling sulit dilakukan, karena informasi yang ada biasanya tidak lengkap. Di kalangan rumah sakit lebih parah lagi karena informasi mengenai biaya satuan (*unit cost*) misalnya sangat terbatas dilakukan. Prospek rumah sakit di masa depan harus mampu menetapkan tarif sebagai komponen yang menguntungkan atau bagian dari perkembangan kemajuan rumah sakit itu sendiri, jika hal ini terabaikan maka kemungkinan rumah sakit itu akan mengalami kebangkrutan (Razak, 2016).

Tarif dalam pelayanan kesehatan sangat berperan dalam menentukan permintaan (*demand*) dari kelompok yang berpendapatan rendah dibandingkan dengan kelompok yang berpendapatan tinggi. Untuk itu tarif pelayanan perlu ditetapkan secara rasional dengan memperhatikan biaya per unit dan harga layak diterima masyarakat pengguna jasa pelayanan. Dengan mengetahui biaya satuan, kemampuan membayar dan kemauan membayar masyarakat, maka rumah sakit dapat meningkatkan upaya pemerataan (*equity*) dengan melihat berapa besar pengguna layanan yang berada pada kelompok relatif mampu.

Kemampuan membayar dan kemauan membayar adalah dua faktor yang berperan dalam utilisasi (pemanfaatan/ penggunaan) pelayanan medis yang selanjutnya juga akan mempengaruhi pemerataan. Kemampuan membayar dapat diukur dengan pendekatan perhitungan penghasilan keluarga, pengeluaran rumah tangga, atau aset keluarga. Sedangkan

Kemauan membayar dapat diukur dengan menanyakan kepada seseorang melalui dua cara yaitu berapa pengeluaran riil individu/ keluarga untuk kesehatan dalam waktu tertentu dan dengan menanyakan langsung kepada suatu individu berapa biaya (rupiah) yang sanggup untuk dikeluarkan guna mendapatkan jasa pelayanan kesehatan (Razak, 2016).

Kemauan membayar atau *Willingness To Pay* (WTP) adalah kesediaan pengguna untuk mengeluarkan imbalan atas jasa yang diperolehnya. Sedangkan Kemampuan membayar atau *Ability to Pay* (ATP) merupakan pertimbangan dalam membelanjakan penghasilannya/ pengeluaran untuk membeli barang atau pelayanan lain. Kebanyakan masyarakat yang berpikir uang yang dihasilkan (baik pendapatan pokok maupun tambahan) lebih memprioritaskan dan mengedepankan biaya kebutuhan sehari-hari dan mengesampingkan pembayaran iuran pelayanan kesehatan (Marzuki dkk, 2019).

Kemauan masyarakat membayar lebih banyak yang tidak mau membayar dibandingkan yang mau membayar dengan alasan mau membayar tunggakan yaitu ketika kartu bisa digunakan, nanti kalau ada uang, sudah gaji, untuk berobat serta persalinan istri yang hamil. Selain itu terdapat juga alasan tidak mau membayar total tunggakan iuran antara lain, malas membayar, penghasilan tidak menentu, tidak ada uang, salah satu penyebab kemalasan dalam membayar yaitu kekecewaan yang pernah dialami dalam menggunakan kartu Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang terlambat terlayani dan bahkan tidak dilayani oleh pelayanan kesehatan (Marzuki dkk, 2019).

Sebelumnya, pemerintah telah menetapkan Peraturan Presiden Nomor 64 tahun 2020 yaitu tentang perubahan kedua dari Perpres nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Peraturan Presiden ini merupakan

tindak lanjut dari Putusan MA (Mahkamah Agung) beberapa waktu lalu terkait pembatalan penyesuaian iuran JKN-KIS bagi peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) atau yang biasa disebut peserta mandiri.

Berdasarkan (Permenkes RI Nomor 85 Tahun 2015, 2015) menjelaskan bahwa Pola Tarif Nasional adalah pedoman dasar yang berlaku secara nasional dalam pengaturan dan perhitungan untuk menetapkan besaran tarif rumah sakit yang berdasarkan komponen biaya satuan (unit cost) yang merupakan hasil perhitungan total biaya (*total cost*) masing-masing kegiatan yang dikeluarkan Rumah Sakit.

Rumah Sakit Umum Daerah Cendrawasih Dobo merupakan rumah sakit Kelas D yang terdiri dari Unit Instalasi Rawat Jalan, Rawat Inap, pelayanan darurat dan pelayanan ambulance, tindakan medik, persalinan, rehabilitasi medis, pelayanan medis gigi dan mulut, hemodialisa, konsultasi dan tindakan khusus, medico legal, pelayanan jenazah, penunjang diagnosis, logistik, tindakan asuhan keperawatan, konsultasi manajemen, pengelolaan sampah medis dan limbah cair, pelayanan parkir, laundry, dan sewa sarana dan prasarana. Khusus untuk rawat inap terdiri dari Perawatan Kelas III, Kelas II, Kelas I dan VIP.

Berdasarkan data Profil RSUD Cendrawasih Dobo diperoleh informasi bahwa jumlah kunjungan rawat inap 3 tahun terakhir menunjukkan adanya peningkatan kunjungan yaitu pada tahun 2019 sebanyak 641 kunjungan, pada tahun 2020 sebanyak 1.025 kunjungan dan pada tahun 2020 sebanyak 1.153 kunjungan.

Tarif yang diberlakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Cendrawasih Dobo, Provinsi Maluku berdasarkan Perda No 1 Tahun 2019 tentang perubahan atas peraturan daerah Nomor 13 tahun 2013 tentang retribusi

jasa umum. Tarif perda berdasarkan nomor 13 tahun 2013 untuk instalasi rawat inap kelas 3 sebesar Rp. 55.000,-, untuk instalasi rawat inap kelas 2 sebesar Rp. 70.000,-, instalasi rawat inap kelas 1 sebesar Rp. 100.000,- dan instalasi rawat inap VIP sebesar Rp. 225.000,-. Tarif yang berlaku saat ini berdasarkan Perda No 1 Tahun 2019, untuk instalasi rawat inap kelas 3 sebesar Rp. 65.000,-, untuk instalasi rawat inap kelas 2 sebesar Rp. 105.000,-, instalasi rawat inap kelas 1 sebesar Rp. 145.000,- dan instalasi rawat inap VIP sebesar Rp. 236.000,-.

Melihat tarif yang diberlakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Cendrawasih Dobo, Provinsi Maluku sejak tahun 2013 sampai dengan tahun 2019 mengalami perubahan yang tidak terlalu besar bahkan dengan terjadinya inflasi dan kenaikan harga pada alat kesehatan dan biaya obat tarif tersebut tidak mengalami penyesuaian berdasarkan biaya *real* dan belum berdasarkan (Permenkes RI Nomor 85 Tahun 2015, 2015) menggunakan perhitungan total biaya (*total cost*) masing-masing kegiatan yang dikeluarkan Rumah Sakit.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan (Darmawansyah dkk., 2018) menunjukkan tarif berdasarkan tarif berdasarkan *unit cost* dengan output normatif (BOR 80%) per kelas perawatan sebagai berikut: Kelas VIP Utama Rp.420.000,-; Kelas VIP Rp.300.000,-; Kelas I Rp.240.000,-; Kelas II Rp.150.000,-; dan Kelas III Rp.95.000,-. Penelitian yang dilakukan (Al Fajrin dkk., 2017) menunjukkan biaya satuan pada ruang rawat inap berdasarkan distribusi ganda dengan TC II adalah untuk ruang rawat inap kelas VIP sebesar Rp.559.042,-; ruang rawat inap kelas 1 sebesar Rp.335.433,-; ruang rawat inap kelas 2 sebesar Rp.283.367,-; dan ruang rawat inap kelas 3 sebesar Rp.161.722.

Menyadari kemampuan pemerintah yang terbatas untuk mengatasi semua masalah yang dihadapi terutama masalah pembiayaan, maka perlu pelayanan rumah sakit terus ditingkatkan. Salah satu upaya yang dilakukan dalam kondisi saat ini adalah dengan melakukan analisis biaya satuan (*analisis unit cost*) atas pelayanan rumah sakit sehingga dapat diketahui total biaya yang dibutuhkan oleh rumah sakit. Dengan analisis biaya satuan, dapat dilakukan rasionalisasi tarif pelayanan rumah sakit yang nantinya akan dijadikan sumber informasi oleh pemerintah daerah dalam menetapkan tarif rumah sakit yang akan diberlakukan di daerah.

Agar tarif yang ditetapkan sesuai dengan kemampuan dan kemauan masyarakat untuk membeli layanan kesehatan. Hal ini penting dilakukan karena disamping dapat meningkatkan *cost recovery* dengan tetap melakukan pemerataan (*equity*), juga memberikan konsekuensi kepada pemerintah daerah terhadap besarnya subsidi.

Analisis biaya dapat memberikan gambaran mengenai besarnya biaya satuan normatif dan aktual, peningkatan efisiensi, subsidi silang antar kelas perawatan di mana kelas VIP dan Kelas I mensubsidi kelas III dan penentuan besarnya subsidi pemerintah, serta negosiasi dalam menentukan tarif rasional.

Untuk dapat menjamin kesinambungan pelayanan, setiap sarana kesehatan harus dapat menetapkan besarnya tarif yang dapat menjamin total pendapatan yang lebih besar dari total pengeluaran. Kecermatan dalam menetapkan tarif memegang peranan yang sangat penting, apabila tarif tersebut terlalu rendah dapat menyebabkan total pendapatan (*income*) yang rendah pula sehingga akan menimbulkan masalah keuangan Rumah Sakit. Salah satu upaya yang harus dilakukan dalam kondisi saat ini adalah dengan analisis biaya satuan (*analisis unit cost*) atas pelayanan rumah sakit



serta melihat kemampuan dan kemauan membayar masyarakat sehingga dapat diketahui *total cost* yang dibutuhkan oleh rumah sakit dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat.

Berdasarkan uraian diatas, maka untuk pengembangan pelayanan di RSUD Cendrawasih Dobo sangat penting dilakukan penelitian tentang Analisis Biaya Berdasarkan Biaya Satuan, Kemampuan dan Kemauan Membayar Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Cendrawasih Dobo.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut diatas maka dibuat rumusan masalah yaitu berapa besar tarif rumah sakit berdasarkan *Unit Cost*, kemampuan dan kemauan membayar pasien pada Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Cendrawasih Dobo, Provinsi Maluku.

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Adapun tujuan umum penelitian ini adalah untuk menentukan analisis biaya berdasarkan *Unit Cost*, Kemampuan dan Kemauan membayar pasien pada Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Cendrawasih Dobo, Provinsi Maluku.

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk menganalisis Besaran Biaya Tetap (*Fixed Cost*), Biaya Operasional Tetap (*Semi Variable Cost*), dan Biaya Operasional Tidak Tetap (*Variable Cost*) Pada Instalasi Rawat Inap Rumah Umum Daerah Cendrawasih Dobo, Provinsi Maluku.

- b. Untuk menganalisis tingkat kemampuan membayar (*Ability to Pay*) rata-rata pasien Pada Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Cendrawasih Dobo, Provinsi Maluku
- c. Untuk menganalisis tingkat kemauan membayar (*Willingness To Pay*) rata-rata pasien Pada Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Cendrawasih Dobo, Provinsi Maluku.
- d. Untuk menganalisis besar tarif rasional Pada Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Cendrawasih Dobo, Provinsi Maluku.

#### **D. Manfaat Penelitian**

##### **1. Manfaat Ilmiah**

Hasil penelitian ini dapat memberikan sumber informasi ataupun referensi sebagai sarana atau rujukan bagi peneliti selanjutnya yang ingin menggali lebih dalam mengenai penentuan tarif rasional di Rumah Sakit.

##### **2. Manfaat Bagi Tempat Penelitian**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi Rumah Sakit Umum Daerah Cendrawasih Dobo, Provinsi Maluku dalam menentukan penyesuaian tarif pelayanan kesehatan yang rasional berdasarkan biaya satuan, kemampuan dan kemauan membayar pasien di rumah sakit.

##### **3. Manfaat Bagi Peneliti**

Penelitian ini sangat bermanfaat bagi peneliti untuk menambah wawasan dan pengalaman dalam menerapkan ilmu selama kuliah ke dalam praktek nyata.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum tentang Biaya**

Biaya (*cost*) adalah nilai sejumlah input (faktor produksi) yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk (output). Biaya juga sering diartikan sebagai nilai suatu pengorbanan/pengeluaran untuk memperoleh suatu harapan (target)/output tertentu.

Biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat (Azwar, 1996).

Sumber dana biaya kesehatan berbeda pada beberapa negara, namun secara garis besar berasal dari sebagai berikut:

##### **a. Bersumber dari anggaran pemerintah**

Pada sistem ini, biaya dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah. Pelayanannya diberikan secara cuma-cuma oleh pemerintah sehingga sangat jarang penyelenggaraan pelayanan kesehatan disediakan oleh pihak swasta. Untuk negara yang kondisi keuangannya belum baik, sistem ini sulit dilaksanakan karena memerlukan dana yang sangat besar. Contoh:

- 1) Dana pemerintah pusat
- 2) Dana pemerintah provinsi
- 3) Dana pemerintah kabupaten kota
- 4) Saham pemerintah dan BUMN
- 5) Premi bagi Jamkesmas yang dibayarkan oleh pemerintah

##### **b. Bersumber dari anggaran masyarakat**

Dapat berasal dari individual ataupun perusahaan. Sistem ini mengharapkan agar masyarakat (swasta) berperan aktif secara mandiri dalam penyelenggaraan maupun pemanfaatannya. Hal ini memberikan dampak adanya pelayanan-pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pihak swasta, dengan fasilitas dan penggunaan alat-alat berteknologi tinggi disertai peningkatan biaya pemanfaatan atau penggunaannya oleh pihak pemakai jasa layanan kesehatan tersebut. Contohnya:

- 1) CSR atau Corporate Social Responsibility)
- 2) Pengeluaran rumah tangga baik yang dibayarkan tunai atau melalui sistem asuransi.
- 3) Hibah dan donor dari LSM

c. Bantuan biaya dari dalam dan luar negeri

Sumber pembiayaan kesehatan, khususnya untuk penatalaksanaan penyakit-penyakit tertentu cukup sering diperoleh dari bantuan biaya pihak lain, misalnya oleh organisasi sosial ataupun pemerintah negara lain. Misalnya bantuan dana dari luar negeri untuk penanganan HIV dan virus H5N1.

d. Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat

Sistem ini banyak diadopsi oleh negara-negara di dunia karena dapat mengakomodasi kelemahan-kelemahan yang timbul pada sumber pembiayaan kesehatan sebelumnya. Tingginya biaya kesehatan yang dibutuhkan ditanggung sebagian oleh pemerintah dengan menyediakan layanan kesehatan bersubsidi. Sistem ini juga menuntut peran serta masyarakat dalam memenuhi biaya kesehatan yang dibutuhkan dengan mengeluarkan biaya tambahan (Darmawansyah, 2016).

Pengklasifikasian biaya memiliki dasar yang berbeda-beda. Hal tersebut sesuai dengan keperluan perhitungan biaya yang diinginkan

oleh penggunaannya. Klasifikasi tersebut juga disesuaikan dengan tujuan dari pengguna informasi agar dapat sejalan dengan hasil yang diinginkan sehingga apabila informasi tersebut digunakan untuk pengambilan keputusan tidak memuat informasi yang salah nantinya.

(Hansen dan Mowen, 2007) mengklasifikasikan biaya berdasarkan 2 komponen yakni perubahan jumlah produk dan berdasarkan fungsinya dalam produksi. Klasifikasi tersebut dijabarkan sebagai berikut:

a. Berdasarkan pada perubahan jumlah produk (*Output*)

1) Biaya Tetap (*Fixed Cost*)

Biaya tetap biaya yang secara relatif tidak dipengaruhi oleh jumlah produksi (*output*) yang dihasilkan, Misalnya: biaya gedung. Biaya ini tetap dikeluarkan terlepas dari apakah pelayanan diberikan atau tidak, misalnya biaya gedung, peralatan medis, di mana besarnya tidak berubah meskipun jumlah pasiennya hanya beberapa orang

2) Biaya Variable (*Variabel Cost*)

Biaya variabel adalah biaya yang nilainya dipengaruhi oleh banyaknya produksi (*output*). Pada umumnya besar volume produksi sudah direncanakan secara rutin. Oleh sebab itu biaya variabel sering juga disebut sebagai biaya rutin. Contohnya adalah biaya obat, biaya alat, biaya bahan habis pakai dimana besarnya akan berbeda jika pasien sedikit dibandingkan pasien yang banyak.

3) Biaya Semi Variabel (*Semi Variable Cost*)

Biaya semi variabel adalah biaya yang mengandung biaya tetap, tetapi juga mengandung biaya tidak tetap. Contohnya adalah biaya insentif penerimaan selain gaji yang besar kecilnya

tergantung pada banyak sedikitnya jumlah pelayanan yang diberikan.

4) Biaya Total (*Total Cost*)

Biaya total adalah jumlah dari biaya tetap (*fixed cost*) dan biaya variable (*variable cost*) atau ( $Total\ Cost = Fixed\ Cost + Variable\ Cost$ ).

Untuk menghitung total cost ada 3 cara sesuai dengan variabel yang berlakukan:

$$TC\ 1 = FC + SVC + VC$$

$$TC\ 2 = SVC + VC$$

b. Berdasarkan Fungsinya dalam Proses Produksi

- 1) Biaya Langsung (*Direct Cost*) adalah biaya yang berkaitan langsung dengan pelayanan atau biaya yang ditetapkan pada unit-unit yang berkaitan dengan pelayanan (unit produksi). Contoh biaya langsung pada pelayanan kesehatan adalah biaya yang dikeluarkan pada pelayanan rawat jalan, rawat inap dan ICU.
- 2) Biaya Tidak Langsung (*Indirect Cost*) adalah biaya yang digunakan secara tidak langsung demi kelancaran proses produksi (pelayanan). Contoh dari biaya tidak langsung antara lain adalah biaya alat tulis, administrasi, dan transportasi.

c. Biaya menurut fungsinya

1) Biaya Investasi (*Investment Cost*)

Biaya yang dikeluarkan untuk barang modal yang kegunaannya bisa berlangsung selama satu tahun, misalnya biaya pembangunan gedung, biaya pembelian alat medis dan non medis. Biaya investasi ini biasanya berhubungan dengan pembangunan infrastruktur fisik dan kapasitas produksi (alat produksi). Biasanya



investasi dihitung dari nilai barang investasi yang disetahunkan (*Annualized investasi cost/ AIC*) atau biaya penyusutan. Biaya penyusutan adalah biaya yang timbul akibat terjadinya pengurangan nilai barang inventaris yang dipakai dalam proses produksi akan mengalami penyusutan nilai, baik karena makin usang atau karena mengalami kerusakan fisik.

Ada beberapa metode yang dapat digunakan untuk menghitung penyusutan yaitu metode garis lurus (*straight line*), metode saldo menurun (*deching balace*), jumlah angka-angka tahun (*sum of years digit*) dan metode unit produksi (*unit of production*). Salah satu metode yang paling umum digunakan adalah metode penyusutan garis lurus (*straight line method*), yaitu pengurangan jumlah historis yang sama untuk setiap tahun (Mahajaya, 2005).

Apabila analisis biaya dilakukan dalam satuan waktu anggaran, maka perlu dicari nilai biaya investasi satu tahunan. Nilai biaya investasi satu tahun ini disebut sebagai nilai biaya investasi per tahun (*Annualized Invesment Cost*) atau AIC dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$AIC = \frac{(1 + i)t}{L}$$

Keterangan:

AIC = Annualized Investment Cost (Biaya Investasi Tahunan)

IIC = Initial Invesment Cost (Nilai Awal Barang)

I = Laju inflasi (pada saat analisis biaya)

t = Masa pakai (tahun dilakukan analisis atau tahun beli)

L = Perkiraan masa hidup (umur ekonomis) barang investasi yang

Bersangkutan (perkiraan waktu dalam tahun pada masa di mana alat/ barang tersebut bisa berfungsi.

- 2) Biaya operasional Adalah biaya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan dalam suatu proses produksi dan memiliki sifat habis pakai dalam kurun waktu yang relatif singkat. biaya yang diperlukan untuk mengoperasikan barang modal misalnya biaya gaji, insentif, honor, biaya obat dan bahan, serta biaya perjalanan.

## **B. Tinjauan Umum tentang Analisis Biaya**

### **1. Definisi Analisis Biaya**

Analisis biaya adalah suatu proses mengumpulkan dan mengelompokkan data keuangan rumah sakit untuk memperoleh dan menghitung biaya *output* jasa pelayanan rumah sakit. Secara khusus tujuan kegiatan analisis biaya adalah mendapatkan gambaran mengenai unit atau bagian yang merupakan pusat biaya (*cost center*), pusat pendapatan (*revenue center*), dan gambaran mengenai biaya investasi, biaya operasional, biaya pemeliharaan, pendapatan rumah sakit serta biaya satuan pelayanan rumah sakit.

Melakukan analisis biaya di rumah sakit, prosesnya tidak semudah jika dilakukan pada organisasi bisnis. Disamping keberadaan sistem akuntansi biaya sebagai perangkat pendukung, kesulitan perhitungan *unit cost* di rumah sakit juga disebabkan oleh perbedaan karakteristik rumah sakit yang mempunyai ciri tersendiri yaitu unsur biaya yang unik dan relatif sulit untuk ditelusuri. Keunikan biaya rumah sakit adalah adanya biaya-biaya jasa layanan saling terkait antara satu unit dengan unit lainnya. Pelayanan rawat inap misalnya, akan sangat terkait dengan unit rumah sakit lainnya, seperti ruang perawatan,

radiologi, sterilisasi dan laundry, oleh karena itu untuk menghitung biaya layanan rawat inap saja perlu diketahui informasi dari unit-unit lain yang terkait (Razak, 2016).

## 2. Manfaat Analisis Biaya

Adapun manfaat analisis biaya adalah sebagai berikut:

- a. Diperolehnya jumlah biaya (*total cost*) dari satu unit produksi rumah sakit dan biaya satuan (*unit cost*) dari tiap-tiap *output* rumah sakit. Informasi ini diperlukan untuk alokasi dana dan perencanaan rumah sakit.
- b. Menentukan tarif dari berbagai jenis pelayanan rumah sakit tergantung dari tujuan dan jenis rumah sakit, maka tarif disusun dapat juga bervariasi. Pada umumnya rumah sakit dapat dibagi atas tiga jenis yaitu:
  - 1) Rumah Sakit yang bersifat mencari keuntungan (*Profit motive oriented*) dimana tarifnya adalah *unit cost* ditambah keuntungan.
  - 2) Rumah Sakit yang profitnya untuk investasi atau mengganti barang-barang yang aus dimana tarifnya sama dengan *unit cost* dan biaya investasi pengembangan (dengan catatan pada perhitungan *unit cost* telah dihitungkan biaya penghapusan).
  - 3) Rumah Sakit nirlaba (*not for profit*) dimana biaya investasi dapat didistribusi dari pemerintah atau pemilik rumah sakit bersangkutan dimana biaya investasi sama dengan *unit cost* (pada perhitungan *unit cost* tidak diperhitungkan penghapusan).
- c. Peningkatan efisiensi

Dengan analisis biaya maka dapat diidentifikasi pusat-pusat biaya (*cost centers*) yang strategis dalam rangka upaya efisiensi

dan *cost containment*. Dalam meningkatkan efisiensi rumah sakit, ada tiga faktor yang harus diperhatikan:

1) Efisiensi teknis (*technical efficiency*)

Di sini lebih dititik beratkan pada faktor-faktor *input* dari suatu rumah *sakit* seperti personil, peralatan dan layanan yang dimanfaatkan untuk menghasilkan suatu *output* layanan di rumah sakit.

2) Efisiensi ekonomi (*economic efficiency*)

Efisiensi ekonomi adalah usaha menciptakan *output* semaksimal mungkin dengan memanfaatkan *input* yang minimal. Dibidang kesehatan, dapat dikatakan bahwa kita mencari suatu cara untuk mendapatkan kualitas layanan yang baik dengan biaya terendah.

3) Skala efisiensi (*scale efficiency*)

Skala efisiensi adalah suatu konsep hubungan antara besarnya rumah sakit dengan biaya operasional dan biaya satuan dari layanan.

- d. Analisis rugi-laba Analisis biaya dapat dilakukan bersama-sama dengan perkiraan pendapatan (*revenue*) rumah sakit.
- e. Secara mikro Analisis biaya dapat dimanfaatkan oleh direktur rumah sakit sebagai bahan pertimbangan atau negosiasi dengan pembayaran pihak ketiga misalnya Asuransi Kesehatan (PT. Askes, PT. Jamsostek dan asuransi lainnya) sebagai alat untuk mengawasi dan mengendalikan biaya secara periodik sebagai laporan rumah sakit pada pemegang saham atau pemilik (Razak, 2016).

### 3. Prinsip-Prinsip dalam Analisis Biaya

Ada beberapa prinsip yang dapat dilakukan dalam melakukan analisis biaya yaitu:

- a. Analisis biaya dilakukan untuk biaya yang dikeluarkan dalam kurun waktu satu tahun anggaran.
- b. Melakukan pemetaan biaya klasifikasi biaya dan lokasi biaya.
- c. Melakukan penyederhanaan semua biaya dari berbagai sumber menjadi biaya operasional dan biaya investasi.
- d. Biaya operasional yaitu biaya yang dikeluarkan berdifat berulang-ulang misalnya setiap bulan.
- e. Biaya investasi biasanya tidak berulang dan berlangsung setahun atau lebih misalnya biaya pembelian alat-alat medis, pembangunan gedung.
- f. Untuk menghitung biaya asli pada masing-masing pusat biaya harus memperhatikan unsur biaya yang dibutuhkan oleh pusat biaya tersebut. Pusat biaya adalah unit kerja yang memerlukan biaya untuk menjalankan misi yang diembannya. Dirumah sakit pada dasarnya adalah pusat biaya (*Cost Center*) baik yang menghasilkan (Pusat Pendapatan) maupun yang tidak menghasilkan pendapatan (pusat Pengeluaran). Unit yang menghasilkan pendapatan disebut pusat biaya produksi (*revenue center*) dan yang tidak menghasilkan pendapatan disebut pusat biaya penunjang.
- g. Untuk menghitung biaya satuan (*Unit Cost*) unit pelayanan tertentu, seperti rawat inap yang dihasilkan dipusat biaya produksi. Semua biaya yang terpakai di pusat biaya penunjang perlu didistribusikan kepusat biaya produksi.

- h. Dalam rangka pendistribusian biaya (dari pusat biaya penunjang kepusat biaya produksi) harus diperhatikan data dasar alokasi yang sebaiknya dilakukan.

#### 4. Langkah-Langkah dalam Analisis Biaya

Ada beberapa langkah yang dapat dilakukan dalam melakukan analisis biaya yaitu:

- a. Langkah pertama Melakukan identifikasi sumber biaya yang didapat oleh rumah sakit untuk melaksanakan kegiatannya. Untuk itu diperlukan adanya rincian setiap adanya biaya yang dikeluarkan.
- b. Langkah kedua Melakukan identifikasi pusat-pusat biaya (*cost centers*) yang terdapat dalam rumah sakit yaitu setiap unit struktural maupun fungsional dalam rumah sakit yang memerlukan biaya dalam melaksanakan kegiatannya. Umumnya pusat-pusat biaya ini dapat dikelompokkan dalam dua jenis yakni.
  - 1) Pusat biaya pemasukan/produksi (*revenue producing cost centers*) yaitu unit yang langsung memberikan pelayanan kepada pasien atau dapat dikatakan unit yang dapat mengklaim langsung output pasien, contoh unit rawat inap.
  - 2) Pusat biaya pengeluaran/produksi (*non revenue producing centers*) yaitu unit yang keberadaannya menunjang unit produksi, contoh instalasi gizi, apotek, bagian keuangan.
- c. Langkah ketiga menghitung besarnya biaya asli dari tiap-tiap unit penunjang dan produksi yang diuraikan menurut jenis biaya (investasi dan operasional) dan komponen-komponennya. Komponen biaya investasi antara lain biaya gedung, peralatan medis dan non medis. Komponen biaya operasional antara lain, honorarium, obat, alat tulis medis (kasa, kapas dll). Biaya asli setiap

unit penunjang dan produksi ini adalah semua biaya yang telah digunakan untuk waktu tertentu, biasanya satu tahun. Untuk menghitung biaya investasi dalam setahun termasuk biaya penyusutan, dalam hal ini menggunakan metode *Annualized Investment Cost (AIC)*.

- d. Langkah keempat setelah hasil dari langkah ketiga diperoleh, maka langkah selanjutnya yaitu memindahkan biaya asli setiap unit penunjang kesetiap unit produksi yang terkait. Hal ini disebut dengan mengalokasikan biaya karena pada dasarnya unit penunjang akan memindahkan biaya asli yang secara berbeda jumlahnya ke unit-unit produksi terkait, maka tidak akan ada lagi biaya yang tersisa disatu unit penunjang.

Dengan demikian biaya akhir yang ada disetiap unit produksi itu sendiri ditambah dengan biaya tindakan dari unit penunjang. Untuk mendapatkan biaya satuan (*unit cost*) layanan yang diberikan selama setahun yang sama. Kegiatan alokasi biaya ini dilakukan untuk setiap jenis biaya dan komponennya masing-masing. Untuk dapat dilakukan alokasi biaya dengan benar maka harus dilakukan dua langkah.

- a. Langkah pertama: Melakukan identifikasi hubungan atau kaitan antara unit penunjang dengan unit produksi.
- b. Langkah kedua: Menentukan ukuran dasar alokasi yang akan digunakan artinya kalau ingin dialokasikan biaya dari bagian administrasi keunit lainnya, maka harus ditentukan lebih dahulu ukuran ukuran dasar yang dipakai, dalam hal ini biasanya digunakan jumlah pegawai.

Dengan demikian setiap alokasi biaya dari bagian administrasi akan dialokasikan dengan menggunakan jumlah seluruh pegawai

rumah sakit sebagai penyebut dan jurrilah pegawai di unit yang bersangkutan sebagai berikut:

- a. Cuci + Laundry; jumlah potong pakaian, jumlah kg yang dicuci
- b. Kebersihan; meter persegi luas lantai
- c. Dapur; porsi makan
- d. Umum; volume biaya yang terdapat di masing-masing unit

## 5. Metode Analisis Biaya

Adapun beberapa metode yang dapat digunakan mendistribusikan biaya dari unit-unit penunjang ke unit produksi dari metode yang sederhana sampai yang sangat rumit (Young, 1984 dalam Marzuki, 2010):

### a. *Simple Distribution Method*

Metode ini adalah yang paling sederhana dalam pelaksanaan perhitungan metode ini mengabaikan adanya kemungkinan kaitan antara unit penunjang dengan unit produksi. Dengan demikian halnya akan terjadi alokasi biaya dari unit penunjang ke unit produksi dengan menggunakan dasar alokasi yang sesuai dengan unit penunjang masing-masing.

### b. *Stepdown Method*

Perbedaan dasar metode ini dengan *simple distribution* yaitu pada pengakuan metode ini terhadap adanya secara nyata hubungan atau kaitan antara unit penunjang itu sendiri. Dengan demikian, maka dalam perhitungan akan lebih kompleks dibandingkan dengan *simple ditribution*, kaitan antara sesama unit penunjang dan unit produksi ini harus terlebih dahulu ditentukan, dalam hal ini unit penunjang yang paling banyak memberikan



kontribusinya akan diletakan pada urutan tertinggi dalam susunan alokasi biaya, sedangkan yang paling kecil kontribusinya akan diletakan pada urutan yang paling bawah.

Dalam proses alokasi selanjutnya, sesuai unit penunjang yang paling banyak kontribusinya telah dialokasikan biaya aslinya, maka unit ini tidak akan mendapat alokasi lagi dari unit diperingkat lebih rendah.

c. *Double Distribution Methode*

Secara teknis metode ini hampir semua dengan metode *stepdown*, perbedaannya hanya pada cara alokasi biaya yang dilakukan pada dua tahap. Selain itu adanya kontribusi antara unit penunjang dilakukan secara nyata artinya dalam hal ini biaya aslinya. Dengan demikian pada unit penunjang tersebut mempunyai kemungkinan mendapat biaya alokasi dari unit penunjang lainnya.

Tahap I. Distribusi biaya asli dari pusat biaya penunjang ke pusat biaya penunjang yang lain dan seluruh pusat biaya produksi.

Tahap II. Mendistribusikan hasil distribusi biaya I pada masing-masing pusat biaya penunjang ke seluruh pusat biaya produksi.

d. *Multiple Distribution*

Alokasi biaya dilakukan berulang-ulang termasuk juga antara sesama unit produksi. Dari keempat metode tersebut, berdasarkan beberapa pengalaman ternyata metode distribusi ganda (*double distribution*) yang cocok untuk dilakukan karena alokasi antar unit produksi tidak perlu dilakukan.

e. *Activity Based Costing Method*

Metode ini merupakan metode terbaik dari berbagai metode analisis biaya yang ada, meskipun pelaksanaannya tidak semudah metode yang lain karena belum semua Rumah Sakit memiliki sistem akuntansi dan keuangan yang terkomputerisasi.

f. *Metode Real Cost*

Metode ini sebenarnya mengacu pada konsep ABC dengan berbagai perubahan karena adanya kendala sistem, karena itu metode ini menggunakan asumsi yang sedikit mungkin. Beberapa kelebihan metode ini lebih sederhana dan menggunakan asumsi sedikit mungkin. Tidak hanya menghasilkan hasil analisis biaya (*unit cost*, *total cost*, anggaran dan pentarifan) tetapi juga identifikasi sistem akuntansi biaya yang perlu dibenahi (pencatatan dan pelaporan) dan pengendalian biaya.

**C. Tinjauan Umum tentang Biaya Satuan (*Unit Cost*)**

Biaya satuan adalah biaya yang dihitung untuk setiap satu-satuan produk (pelayanan). Biaya satuan diperoleh dari biaya total (TC) dibagi dengan jumlah produk (Q) dengan demikian dalam menghitung biaya satuan harus ditetapkan terlebih dahulu besarnya produk atau cakupan pelayanan (Maidin, 2013).

Penghitungan biaya merupakan titik tolak dalam penentuan tarif dengan menghitung biaya rata-rata dan biaya satuan (Razak A, 2004). Analisis biaya satuan (*unit cost*) berkaitan erat dengan permasalahan tarif pelayanan kesehatan yang memiliki relasi terhadap pendanaan kesehatan dari pemerintah. Penetapan tarif pelayanan kesehatan didasarkan pada

beberapa faktor, salah satu faktor yang penting adalah besarnya biaya satuan (*unit cost*) pelayanan yang dibutuhkan (Darmawansyah, dikutip dari Suryaman dkk, 2011).

a. Penggolongan Biaya Satuan

- 1) Biaya rata-rata (*Average Cost*) adalah biaya total dibagi jumlah produksi. Besarnya biaya rata-rata sangat ditentukan oleh besarnya produksi. Dalam bidang medis jumlah produksi ditentukan oleh jumlah pasien yang dilayani atau tingkat utilisasi pelayanan. Jadi besarnya biaya rata-rata sangat tergantung sejauh mana masyarakat menggunakan pelayanan medis.
- 2) Biaya satuan normatif merupakan biaya satuan yang dihasilkan dari perhitungan pengeluaran nyata untuk menghasilkan produk dalam kurun waktu tertentu, ada juga biaya satuan normative (*normative cost*) yaitu biaya satuan yang secara normatif dihitung untuk menghasilkan suatu jenis pelayanan kesehatan menurut standar baku yang telah ditetapkan, besarnya biaya satuan normative ini terlepas dari apakah pelayanan tersebut dipergunakan pasien atau tidak.

Untuk menghitung dasar biaya satuan rumah sakit, yang mempunyai output yang heterogen seperti bedah, poli gigi, laboratorium, maka perlu dilakukan suatu langkah khusus yaitu mencari “indeks harga relative” atau *Relative Value Unit* (RVU) berupa pembobotan masing-masing jenis tindakan medis. Nilai bobot tersebut dipergunakan untuk membagi total cost ke masing-masing jenis pelayanan medis yang dilakukan. Hasilnya adalah besaran biaya satuan yang berbeda-beda untuk setiap jenis tindakan medis (Razak A, 2004).

RVU merupakan nilai biaya relatif yang membedakan antar masing-masing tindakan pelayanan. RVU diperoleh melalui survey dengan membandingkan biaya masing-masing jenis tindakan. Dengan kata lain RVU diperoleh dengan cara mengalikan bobot dengan output dari masing-masing jenis tindakan atau secara singkat di rumuskan sebagai berikut:

$$\text{RVU} = \text{BOBOT} \times \text{OUTPUT}$$

- b. Cara menghitung Unit Cost
  1. Langkah pertama adalah mengidentifikasi pusat biaya yang ada di rumah sakit, yaitu:
    - a. Pusat biaya produksi adalah unit yang langsung memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien yang terdiri atas: unit rawat inap, unit rawat jalan, unit laboratorium, unit gawat darurat, unit bedah dan unit radiologi.
    - b. Pusat biaya penunjang adalah unit yang keberadaannya menunjang pusat biaya produksi yang terdiri atas: Direksi, administrasi umum, administarsi pelayanan, instalasi gizi, laundry, instalasi pemeliharaan rumah sakit dan bagian kebersihan (cleaning service).
  2. Melakukan pengumpulan data yang diperlukan dalam menghitung biaya satuan, baik data biaya (investasi, operasional dan pemeliharaan), data output maupun data pembobot (dasar alokasi) masing-masing pusat biaya.
  3. Melakukan distribusi masing-masing jenis biaya dari pusat biaya penunjang ke pusat biaya produksi.
  4. Melakukan perhitungan biaya satuan.

#### **D. Tinjauan Umum tentang Kemampuan Membayar**

Kemampuan membayar (*Ability To Pay*) adalah kemampuan seseorang untuk membayar jasa pelayanan yang di terima berdasarkan penghasilan yang di anggap ideal. Pendekatan yang digunakan dalam analisis ATP didasarkan pada alokasi biaya untuk pemenuhan terhadap kebutuhan sehari-hari dari pendapatan rutin. Secara garis besar ATP dibagi menjadi 3 kelompok yaitu, ATP non food expenditure, ATP non esensial expenditure, dan ATP *esensial expenditure* (Adisasmito, 2008).

Sustein dalam jurnal Havard Law & Policy Review mengatakan bahwa jika seseorang tidak memiliki banyak uang, berarti mereka memiliki kemampuan membayar yang rendah. Saat orang miskin menunjukkan WTP yang rendah, hal tersebut berarti kemampuan membayar mereka memang rendah. Tapi bagi seseorang dengan WTP yang rendah tidak berarti mereka memperoleh jaminan kesejahteraan yang rendah dari Pemerintah untuk barang yang bersesuaian (Fauziyyah, 2016).

Penilaian penduga WTP yang diharapkan sebagai informasi yang berguna dari sisi permintaan (*demand*) untuk tingkat penetapan tarif pelayanan dengan menyertakan keterbatasan dari pengguna (ATP). Dalam konferensi internasional jaminan kesehatan sosial bagi negara miskin, kemampuan membayar yang rendah berkorelasi dengan keinginan membayar. Sedangkan semua segmen populasi yang dijamin dan dilindungi dan tidak sakit serta miskin diabaikan status pendapatannya atau kemampuan membayar pelayanan kesehatannya pada saat dibutuhkan (Fauziyyah, 2016).

Analisa yang detail mengenai WTP dan ATP memberikan banyak dimensi untuk suatu proyek yang akan diimplementasikan pada tingkat bawah. Jika suatu WTP rumah tangga lebih rendah dari ATP nya

menunjukkan pembelian sesuatu yang tidak diinginkan dari pembuat keputusan pada rumah tangga itu untuk membiayai pelayanan. ATP terlalu rendah itu sebagai gambaran dari ketidakmampuan rumah tangga untuk suatu keinginan membayar dari suatu nilai, nilai ATP yang rendah dan nilai WTP yang tinggi disebut sebagai masyarakat yang perlu dukungan pengaturan keuangan (*favourable financial arrangement*). ATP yang rendah dengan WTP yang rendah juga disebut masyarakat yang perlu dukungan keuangan dan motivasi (Fauziyyah, 2016).

Kemampuan membayar lebih tinggi dibandingkan kemauan membayar. Keinginan membayar berhubungan nyata dengan pendidikan, manfaat yang dirasakan pasien, dan pendapatan pasien. Hal ini menunjukkan pasien yang mau membayar pelayanan lebih baik adalah pasien dengan karakteristik pendidikan baik, pendapatan relatif tinggi dan manfaat pelayanan yang telah dirasakan oleh pasien dengan baik pula (Fauziyyah, 2016).

Dalam konsep ATP, besar kemampuan membayar untuk pelayanan kesehatan adalah jumlah pengeluaran untuk barang non esensial tersebut. Asumsinya adalah kalau seseorang mampu mengeluarkan belanja untuk barang-barang Non esensial maka tentu ia juga mampu mengeluarkan biaya untuk pelayanan kesehatan yang sifatnya esensial. Terdapat Dua batasan ATP yang dapat digunakan adalah

- a. ATP 1 adalah besarnya biaya yang mampu di bayar responden untuk membayar biaya kesehatan yang diukur berdasarkan jumlah pengeluaran rumah tangga non esensial dalam periode satu tahun yang diukur dalam nominal rupiah. Kemampuan membayar responden diukur dengan total pendapatan di kurang dengan total jumlah pengeluaran dibagi jumlah tanggungan diukur dalam bentuk rupiah:

$$ATP = \frac{\text{Jumlah beban tanggungan}}{(\text{Total pendapatan}) - (\text{Total pengeluaran})}$$

- b. ATP 2 adalah besarnya kemampuan membayar yang setara dengan 5% dari pengeluaran pangan non esensial dan non makan. Batasan ini berdasarkan bahwa pengeluaran untuk non makan dapat diarahkan untuk keperluan lain. Termasuk untuk kesehatan. Jadi kemampuan membayar dengan:

$$ATP = 5\% \text{ jumlah pengeluaran non pangan}$$

Menurut Faiz (2008), terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi ATP, yaitu sebagai berikut:

- a. Harga barang (biaya kesehatan) dimana kecenderungan biaya kesehatan yang konsisten dalam kenaikan biaya pemeliharaan kesehatan dapat disebabkan antara lain oleh:
- 1) Kenaikan yang tajam dalam biaya pelayanan kesehatan, termasuk obat-obatan.
  - 2) Perubahan dalam bentuk penduduk.
  - 3) Peningkatan utilitas dari berbagai jenis pelayanan kesehatan.
  - 4) Peningkatan kualitas tindakan medis, termasuk teknik pengujian dan diagnosis lanjut yang semakin canggih, perlengkapan alat bantu, transplantasi organ dan teknologi perawatan kesehatan lain yang semakin maju.
- b. Pendapatan konsumen. Biaya kesehatan pelayanan kesehatan umumnya meningkat sesuai dengan peningkatan pendapatan. Di samping biaya dokter umumnya dipengaruhi oleh kemampuan ekonomi pasien, responden yang berpendapatan tinggi cenderung lebih sering dan lebih ekstensi dalam pelayanan kesehatan, responden yang berpendapatan tinggi cenderung lebih sering memeriksa dan

memelihara kesehatan dibanding kelompok responden yang berpendapatan rendah. Begitu pula dengan biaya pelayanan kesehatan. Mereka menuntut lebih banyak lebih banyak pelayanan lanjutan sehingga biaya kesehatan lebih tinggi faktor yang mempengaruhinya antara lain, pengetahuan dan kesadaran terhadap kesehatan dari kelompok responden yang memiliki pendapatan tinggi lebih baik dibandingkan yang berpendapatan rendah.

- c. Jumlah anggota keluarga. Semakin banyak jumlah anggota keluarga akan semakin banyak pula kebutuhan untuk memenuhi kesehatannya dan secara otomatis akan semakin banyak alokasi dana dari penghasilan keluarga per bulan yang harus disediakan. Menurut Thabrany (2009), jumlah anggota keluarga juga dapat mempengaruhi *ability to pay*. Rumah tangga dengan jumlah keluarga lebih dari 4 orang memiliki resiko kemiskinan lebih tinggi.

Kemampuan membayar kesehatan atau dikenal *dengan ability to pay* (ATP) merupakan dana yang sebenarnya dapat dialokasikan oleh seseorang untuk membiayai kesehatan. Pendekatan yang digunakan dalam analisis ATP didasarkan pada aplikasi biaya kesehatan terhadap kebutuhan sehari-hari dari pendapatan rutin. Menurut Faiz (2006) dalam harga barang atau tarif pelayanan kesehatan, besar pendapatan, biaya pelayanan kesehatan dapat mempengaruhi *ability to pay* seseorang. Kemampuan membayar masyarakat terhadap kesehatan dapat dilakukan dengan pendekatan formula sebagai berikut:

- a. 10% dari disposable income (pendapatan yang dapat dipakai setelah dikeluarkan untuk pengeluaran pangan (esensial).
- b. 50% dari pengeluaran Rokok (Rokok/Sirih) ditambah dengan,
- c. 5% dari total pengeluaran rumah tangga untuk makanan.



ATP tidak dinilai dari besarnya pendapatan dan aset semata, tetapi juga menghitung pengeluaran. Berdasarkan pengeluaran, ATP masyarakat secara garis besar dapat dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu sebagai berikut:

- a. ATP belanja bukan makanan (*non food expenditure*) biasanya secara bulanan dan tahunan. Belanja untuk kesehatan digolongkan dalam kelompok ini.
- b. ATP belanja bukan pokok (*non esensial expenditure*) seperti belanja rokok, sirih, minuman alkohol, kosmetik dan hiburan.
- c. ATP belanja pokok (*essential expenditure*) meliputi belanja untuk makanan, sewa dan pakaian.

Teori terkait *Ability to pay* dijelaskan oleh (Gani, 1996) mengatakan kemampuan membayar biaya pelayanan kesehatan masyarakat dapat dilihat dari pengeluaran tersier non pangan. Menurut Mukti (2001), bahwa kemampuan membayar masyarakat dapat dilihat dari pengeluaran “tersier” seperti: pengeluaran rekreasi, sumbangan kegiatan sosial, dan biaya rokok.

#### **E. Tinjauan Umum tentang Kemauan Membayar**

Kemauan Membayar (*Willingness To Pay*) ialah harga tertinggi seseorang (konsumen) yang rela dibayarkan untuk mendapatkan suatu manfaat baik berupa barang atau jasa, serta menjadikan tolak ukur seberapa besar calon konsumen menghargai barang atau jasa tersebut. (Amelia, 2016).

Beberapa rumusan tentang kemauan membayar (*Willingness to Pay*) adalah Russel. Russel mengemukakan bahwa kemauan membayar suatu jasa dapat dilihat dari dua hal yang pertama, mengamati dan menempatkan model pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan di masa lalu, pengeluaran

terhadap harga pelayanan kesehatan; kedua, wawancara langsung pada masyarakat seberapa besar kemampuan dan kemauan untuk membayar paket atau jasa pelayanan kesehatan (Sihaloho, 2015).

Ada pula yang berpendapat kemauan membayar dapat dilihat dari pengeluaran sebenarnya yang selama ini telah dibelanjakan untuk keperluan kesehatan. Sedangkan pendapat lainnya bahwa kemauan masyarakat membayar biaya pelayanan kesehatan dapat dilihat dari pengeluaran kesehatan riil dalam bentuk biaya obat, jasa pelayanan dan transportasi. Kemauan untuk membayar dalam pelayanan kesehatan sebaiknya dilakukan dalam penelitian tidak hanya pada pasien secara individu, tetapi juga kepada pasien yang menjadi tanggungan asuransi (Sihaloho, 2015).

Menurut Russel dkk (1995), kemauan membayar dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu:

1. Nilai benefit yang akan diterima (privat masyarakat). Benefit ini merupakan nilai netto (selisih) antara manfaat dengan resiko (bahaya) yang diantisipasi.
2. Nilai kehidupan

Terdapat faktor yang mempengaruhi WTP dalam pembiayaan jaminan kesehatan (Permata, 2012):

- a. Produk yang ditawarkan oleh pemberi jasa, dalam penelitian ini produk yang ditawarkan oleh pemerintah adalah pelayanan kesehatan yang ditentukan dengan besar iuran JKN oleh peserta mandiri yang telah diatur berdasarkan kelas pelayanan yaitu Kelas I (satu).
- b. Kualitas dan kuantitas pelayanan yang diberikan Kemudahan akses dalam hal pembayaran iuran JKN bagi masyarakat.

- c. Utilitas atau maksud pengguna terhadap jasa Jika manfaat yang dirasakan peserta jaminan kesehatan semakin besar terhadap suatu pelayanan kesehatan yang dirasakan, semakin besar pula kemauan membayar terhadap tunggakan iuran jaminan kesehatan, demikian sebaliknya.
- d. Penghasilan pengguna bila seseorang mempunyai penghasilan yang besar maka kemauan membayar iuran JKN semakin besar sehingga partisipasi masyarakat dalam membayar tunggakan akan tinggi.

Kemauan membayar seseorang terhadap pelayanan kesehatan juga dapat diukur dengan dua pendekatan, yaitu (Gani, 1991):

- 1. Kemauan membayar aktual adalah mengukur besarnya pengeluaran seseorang yang telah ia bayar untuk memperoleh pelayanan kesehatan, besarnya nilai yang dibayarkan tersebut dianggap sebagai nilai yang bersedia dan mau dibayar oleh seseorang.
- 2. Kemauan membayar normatif adalah mengukur besarnya nilai pengorbanan yang bersedia dikeluarkan oleh pasien jika mendapat pelayanan sesuai yang diharapkan.

## **F. Tinjauan Umum tentang Rumah Sakit**

Di Indonesia rumah sakit sebagai salah satu bagian dari sistem pelayanan kesehatan secara garis besar memberikan pelayanan untuk masyarakat berupa pelayanan kesehatan mencakup pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, rehabilitasi medik dan pelayanan perawatan.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit menyebutkan rumah sakit adalah institusi pelayanan

kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Pasal 4 Undang Undang No 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit menjelaskan Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.<sup>33</sup> Untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, Rumah Sakit mempunyai fungsi:

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan, dan
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sumber daya kesehatan yang sangat diperlukan dalam mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuannya masing-masing berinteraksi satu samalain. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang harus diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan

yang bermutu, membuat semakin kompleksnya permasalahan dalam Rumah Sakit.

Sesuai dengan pengertian yang telah disebutkan di atas, maka tugas utama Rumah Sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan yang berupa penyembuhan penderita dan pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya peningkatan (*promotif*) dan pencegahan (*preventif*) serta melaksanakan upaya rujukan.

Sebagai tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, Rumah Sakit memberikan tiga macam kelompok pelayanan, yaitu:

1. Pelayanan rawat inap (*in patient*) Untuk menyembuhkan suatu penyakit memerlukan suatu proses tertentu. Proses yang harus dijalani masing-masing pasien tidaklah sama, tergantung dari jenis dan tingkat keparahan penyakitnya. Untuk proses yang cepat mudah mungkin tidak ada masalah, namun untuk proses yang lama serta memerlukan penanganan yang cermat, maka diperlukan tempat tinggal sementara sampai penyakit yang dideritanya dapat disembuhkan. Oleh karena itu maka pihak Rumah Sakit menyediakan pelayanan rawat inap bagi pasien yang harus tinggal dan dirawat di Rumah Sakit.
2. Pelayanan rawat jalan (*out patient*) Tidak semua pasien harus tinggal di Rumah Sakit. Jika kondisi memungkinkan, pasien dapat di rawat di rumahnya sendiri, sementara Rumah Sakit hanya sebagai tempat untuk pemeriksaan dan pengobatan. Karena pasien tidak tinggal di Rumah Sakit, maka pelayanan semacam ini dinamakan pelayanan rawat jalan.
3. Pelayanan darurat (*emergency*) Seringkali pasien yang datang ke Rumah Sakit adalah pasien dengan kondisi yang cukup mendesak, misalkan karena kecelakaan, bencana atau serangan penyakit tertentu yang mendadak. Dalam hal ini pelayanan yang diberikan harus cepat

dan siap siaga sepanjang waktu. Pelayanan semacam ini digolongkan ke dalam pelayanan gawat darurat.

Dari aspek pembiayaan bahwa Rumah Sakit memerlukan biaya operasional dan investasi yang besar dalam pelaksanaan kegiatannya, sehingga perlu didukung dengan ketersediaan pendanaan yang cukup dan berkesinambungan. Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dan melakukan fungsinya sebagai berikut:

- a. Penyelenggara pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Rumah Sakit Pemerintah, baik rumah sakit milik pemerintah pusat (Rumah Sakit Umum Pusat/ RSUP) maupun rumah sakit milik pemerintah daerah (Rumah Sakit Umum Daerah/ RSUD) tidak terlepas dari keempat fungsi di atas. Rumah sakit pemerintah pusat mengacu kepada Kementerian Kesehatan, sementara rumah sakit pemerintah propinsi dan kabupaten/ kota mengacu kepada *stakeholder* utamanya yaitu pimpinan daerah dan lembaga perwakilan masyarakat daerah. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD)

mempunyai keunikan karena secara teknis medis berada di bawah koordinasi Kementerian Kesehatan, sedangkan secara kepemilikan sebenarnya berada dibawah pemerintah provinsi atau kabupaten/kota.

Rumah Sakit menerima pendapatan sebagai hasil pembayaran jasa pelayanankesehatan yang telah dihasilkannya. Pendapatan ini dihasilkan baik dari pasien jaminan/asuransi, maupun pasien non jaminan/ umum. Perluasan cakupan peserta asuransi baik yang diselenggarakan oleh pemerintah maupun pihak swasta, mengharuskan rumahsakit memahami bagaimana masing-masing asuransi itu diselenggarakan.

Dalam pasal 19 Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit menyebutkan bahwa rumah sakit dapat dibedakan berdasarkan jenis pelayanannya menjadi dua jenis pelayanan, yaitu:

1. Rumah Sakit Umum yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
2. Rumah sakit khusus yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.

Sedangkan untuk klasifikasi rumah sakit dibedakan menjadi empat kelas yaitu sebagai berikut (Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009):

1. Rumah Sakit Kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik yang luas termasuk subspecialistik.
2. Rumah Sakit Kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai pelayanan medis minimal sebelas spesialisik dan sub spesialisik terdaftar.

3. Rumah Sakit Kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai pelayanan medis minimal empat spesialisik dasar (bedah, penyakit dalam, kebidanan dan anak).
4. Rumah Sakit Kelas D adalah umum yang mempunyai pelayanan medis dasar.



## G. Sintesa Penelitian

**Tabel 2.1** Sintesa Penelitian

NO	Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
1	(Than et al., 2017)  Unit Cost Of Healthcare Services At 200-Bed Public Hospitals In Myanmar: What Plays An Important Role Of Hospital Budgeting	Untuk menilai unit cost pelayanan kesehatan di dua Rumah sakit di Myanmar dari perspektif penyedia, dan menganalisis struktur biaya rumah sakit untuk mengalokasikan dan mengelola anggaran secara tepat	Penelitian ini menggunakan studi cross sectional yang dilakukan di Rumah Sakit Magway Teaching yang memiliki 200 tempat tidur (MTH) dan Rumah Sakit Umum Pyinmanar (PMN GH), di Myanmar, Metode ini digunakan untuk menghitung unit cost per hari rawat inap dan kunjungan rawat jalan. Cost dihitung dengan menggunakan	Biaya per unit rawat inap bervariasi dari unit ke unit di dua rumah sakit. Pada PMN GH, biaya unit per hari rawat inap adalah 28.374 Kyats (27.60 USD) untuk unit pediatrik dan 1.961.806 Kyats (1908.37 USD) untuk unit THT. Pada MTH, biaya per unit rawat inap adalah 19,704 Kyats (19,17 USD) untuk unit obat dan 168.835 Kyats (164.24 USD) untuk

NO	Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
			Microsoft Excel	unit mata. Biaya unit kunjungan rawat jalan adalah 14.882 Kyats (14,48 USD) pada PMN GH, dan 23.059 Kyats (22.43 USD) di MTH. Kesimpulan 2 rumah sakit tersebut ditemukan jumlah unit cost yang berbeda. Perbedaan itu terletak pada tingkat spesialis yang diberikan walaupun kedua rumah sakit tersebut memiliki jumlah tempat tidur yang sama
2	(Pandey dkk., 2019)	untuk menganalisis tekad tingkat rawat inap	Metode biaya variabel adalah metode alternatif untuk menghitung	Hasil penelitian sesuai dengan perhitungan berdasarkan variabel

NO	Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
	Analisis Penentuan Tarif Rawat Inap Berdasarkan Variable Costing Pada Rumah Sakit GMIM Siloam Sonder	berdasarkan variabel biaya di GMIM Siloam Sonder Hospital	biaya produksi, yang memisahkan informasi biaya menurut perilaku sehubungan dengan perubahan volume kegiatan	costing adalah biaya kamar per hari per orang dirawat di kamar VIP sebesar Rp. 385.665 kelas satu kamar Rp. 246.391 kamar kelas II sebesar Rp. 192.152 dan kamar kelas III Rp. 126.243 sementara tarif yang ditentukan oleh rumah sakit berbeda dari yang diperiksa oleh penulis melalui pemberian metode variabel
3	(Politon, 2019)  Analisis Penerapan Activity Based Costing	Untuk mengetahui penerapan metode activity based costing dalam menentukan besarnya	Metode analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis deskriptif dengan menggunakan metode ABC	Hasil perhitungan tarif rawat inap dengan menggunakan metode ABC, apabila dibandingkan dengan metode tradisional maka metode ABC

NO	Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
	Dalam Penentuan Tarif Rawat Inap Pada Rumah Sakit Robert Wolter Monginsidi Manado	tarif rawat inap pada Rumah Sakit Angkatan Darat Robert Wolter Monginsidi Manado.		memberikan hasil yang lebih besar kecuali pada kelas VIP dan Utama I yang memberikan hasil lebih kecil
4	(Kesumah, 2019)  Perbandingan Perhitungan Unit Cost Pelayanan Medis dengan Metode Konvensional VSABC (Activity Based Costing) (Studi pada Klinik Agnesia Jl.	Untuk mengetahui pelayanan medis pasien kecelakaan berdasarkan metode ABC ( <i>Activity Based Costing</i> ), Untuk mengetahui perbandingan unit cost/HPP pasien kecelakaan berdasarkan	Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif non statistik. Metode pengumpulan data penelitian ini dengan melakukan analisis dokumen berupa kartu pesanan pasien kecelakaan dan wawancara kepada pemilik klinik	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa perhitungan unit cost/HPP pasien kecelakaan berdasarkan metode ABC ( <i>Activity Based Costing</i> ) lebih mahal Rp75.050. Hal ini disebabkan metode ABC menghitung lebih akurat dibandingkan dengan metode konvensional dengan menghitung biaya-biaya aktivitas yang

NO	Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
	Makmur No.38 Kecamatan Siborong-borong Tapanuli Utara)	metode konvensional dengan metode ABC ( <i>Activity Based Costing</i> )		timbul sebagai biaya tidak langsung/overhead
5	(Darmawansyah et al., 2018)  Penetapan Tarif Rasional Pelayanan Kesehatan RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone	Untuk memperoleh informasi besarnya tarif rasional pelayanan beberapa pusat biaya di RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone	Jenis penelitian observasional dimaksudkan untuk melakukan identifikasi terhadap semua karakteristik yang dipergunakan untuk menghitung total biaya (fixed cost) dan total biaya operasional tetap (semi variabel cost), dan total biaya operasional tidak tetap (variable cost) serta tarif setiap tindakan yang ada	Hasil penelitian menunjukkan tarif berdasarkan unit cost pada unit radiologi terbesar adalah Ultrasonografi Rp.280.000,-; fisioterapi terbesar adalah tindakan dengan menggunakan gymnastic pool Rp.250.000,-; tarif hemodialisis pada unit hemodialisa adalah Rp.1.000.000,-; NICU terbesar adalah resusitasi Rp.360.000,-; tarif

NO	Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
				berdasarkan unit cost dengan output normatif (BOR 80%) per kelas perawatan sebagai berikut: Kelas VIP Utama Rp.420.000,-; Kelas VIP Rp.300.000,-; Kelas I Rp.240.000,-; Kelas II Rp.150.000,-; dan Kelas III Rp.95.000,-
6	(Marzuki et al., 2019)  Analisis Kemampuan Membayar Dan Kemauan Membayar Peserta PBPJ Di Kecamatan	Untuk menganalisis Kemampuan Membayar (ATP) dan Kemauan Membayar (WTP) Peserta PBPJ yang menanggung iuran Jaminan Kesehatan	Desain penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan survei deskriptif	Hasil yang diperoleh dari penelitian yaitu responden ATP 1 kategori mampu yaitu 61% dan tidak mampu 39%, ATP 2 non makanan berada mampu yaitu 46% untuk non-essensial kategori mampu yaitu 21%.

NO	Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
	Tamalate Kota Makassar	Nasional di Kecamatan Tamalate Kota Makassar		Pada aspek kemauan membayar tunggakan responden kategori tidak mau yaitu sebanyak 70 responden (70%), kategori mau yaitu sebanyak 30 responden (30%). Pengetahuan mengenai tarif JKN yaitu 42%. Responden/anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit katastropik adalah 27% jenis penyakit terbanyak adalah stroke
7	(Oasthttamadea et al., 2019)	Untuk mengetahui aspek manajemen mengenai penetapan tarif pelayanan	Penelitian ini dilakukan dengan desain mixed method tipe sequential explanatory, yaitu analisis kualitatif	Hasil penelitian kualitatif menunjukkan bahwa RS Naili DBS menggunakan sistem akuntansi tradisional dalam

NO	Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
	<p>Analisis Unit Cost Pelayanan Laboratorium Rumah Sakit Naili DBS Tahun 2017 dengan Metode Activity Based Costing (ABC)</p>	<p>laboratorium dan mengidentifikasi unit cost pelayanan laboratorium RS Naili DBS tahun 2017 dengan metode ABC</p>	<p>yang diikuti analisis kuantitatif</p>	<p>menghitung unit cost pelayanan laboratorium, yang tidak mempunyai sistem kontrol terhadap pemakaian sumber daya. Hasil penelitian kuantitatif menunjukkan bahwa perhitungan unit cost pelayanan laboratorium dengan metode ABC pada pemeriksaan hematologi rutin dan waktu pembekuan &amp; pendarahan memberikan hasil yang lebih rendah dibandingkan tarif rumah sakit (Rp 45.389,- dan Rp 33.904,-), dan kebalikannya pada pemeriksaan gula</p>



NO	Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
				darah random (Rp 33.904,-)
8	(Febriantama et al., 2019)  Analisis Biaya Satuan Pasien Meningitis Tuberkulosis Yang Dirawat Inap Di Rsup Prof. Dr. Rd Kandou Manado	Mengetahui biaya satuan pasien meningitis TB rawat inap di RS RDK, tanpa dan dengan menggunakan Xpert MTB/Rif dan komponen apa saja yang mempengaruhi biaya satuan tersebut	Dilakukan analisis biaya satuan dengan metode satu langkah. Biaya langsung dihitung dengan melihat data rekam medis dan billing system pasien meningitis TB nonoperatif yang dirawat inap di RS RDK tahun 2017	Didapatkan 25 subjek yang memenuhi kriteria penelitian. Persentase laki-laki 60% dengan rerata usia 46 tahun dan rerata lama rawat adalah 12 hari. Biaya satuan langsung adalah Rp.14.779.178 dan biaya satuan tidak langsung Rp. 3.369.767. Biaya pemeriksaan Xpert MTB/Rif di RS RDK ditanggung oleh pemerintah tetapi pemeriksaan dari sampel cairan serebrospinal belum dapat dikerjakan

NO	Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
9	(Aseng et al., 2019)  Analisis Penentuan Tarif Kamar Inap Dengan Pendekatan Cost Plus Pricing Pada Rumah Sakit Siloam Sonder	Untuk mengetahui prosedur untuk menentukan tarif kamar untuk pasien rawat inap berdasarkan rumah sakit sesuai dengan metode biaya ditambah harga dari pendekatan full costing	Analisis Penentuan Tarif Kamar Inap Dengan Pendekatan Cost Plus Pricing Pada Rumah Sakit Siloam Sonder	Penelitian ini bertujuan untuk: mengetahui prosedur untuk menentukan tarif kamar untuk pasien rawat inap berdasarkan rumah sakit sesuai dengan metode biaya ditambah harga dari pendekatan full costing
10	(Wulan et al., 2019)  Penghitungan Biaya Satuan pada Instalasi Rawat Jalan	Untuk menghitung biaya satuan dan analisis perbandingan biaya antar unit di instalasi rawat jalan menggunakan metode	Analisis biaya yang dilakukan dalam studi ini merupakan bagian dari <i>partial economic evaluation</i> dimana unit biaya yang dianalisis tidak membandingkan luaran layanan dari	Hasil penelitian menunjukkan biaya satuan tertinggi terdapat di poli gigi dan mulut sebesar Rp 621.100,99 /kunjungan sedangkan biaya satuan terendah di poli penyakit dalam yaitu

NO	Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
	di Rumah Sakit X Jambi menggunakan Metode Step Down	step down	beberapa objek biaya yang menjadi fokus penilaian	sebesar Rp 214.307,51/kunjungan
11	(Niasti et al., 2019)  Applying ABC system for calculating cost price of hospital services case study: Beheshti hospital of Hamadan	untuk menghitung harga biaya layanan radiologi di rumah sakit Beheshti Hamadan	Penelitian ini merupakan cross-sectional ini dilakukan pada tahun 2015 dengan menggunakan model Costing Berbasis Aktivitas	Hasil: biaya tertinggi untuk sumber daya manusia (65,2%) dan yang terendah untuk biaya saluran energy (0,4%). Menurut hasil yang diperoleh total biaya sector pendukung di Rumah Sakit Beheshti selama masa studi adalah 64.091.093.852 IRR
12	(Bunga, 2017)  Analisis Biaya Satuan	Untuk mendapatkan perhitungan biaya satuan pada pelayanan rawat	Penelitian ini adalah penelitian deskriptif yakni mendeskripsikan dan menyajikan hasil penelitian	Dalam menentukan tarif sebaiknya memperhatikan kemampuan membayar masyarakat (ATP) dan kemauan

NO	Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
	(Unit Cost) Pada Pelayanan Kesehatan Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Tora Belo Di Kabupaten Sigi Provinsi Sulawesi Tengah	inap.	secara keseluruhan dan lengkap sesuai hasil penelitian. Penelitian ini juga disebut penelitian non-experimen karena tidak melakukan control dan manipulasi variable penelitian	membayar (WTP) sehingga tarif dapat dijangkau oleh masyarakat dan menghitung Rasionalisasi Biaya Satuan dengan menggunakan analisis unit cost berdasarkan Relative Value Unit (RVU)
13	(Wahyuni dan Junaid, 2017)  Analisis Unit Cost Pelayanan Rawat Inap Postpartum Di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika	Untuk menganalisis perhitungan tarif rawat inap pelayanan <i>postpartum</i> di RSUD Dewi Sartika menggunakan metode <i>activity based costing system</i>	metode deskriptif komparatif dengan pendekatan kuantitatif, data yang digunakan adalah seluruh data keuangan pada Oktober 2015-September 2016 dan aktivitas yang diobservasi yaitu ruang perawatan kelas VIP, kelas I, kelas II,	Total <i>Unit Cost</i> untuk kelas perawatan VIP sebesar Rp135,378, kelas I sebesar Rp165,510, kelas II sebesar Rp193,766, kelas III sebesar Rp138,111 dan bangsal sebesar Rp137,770. Hasil perhitungan tarif jasa rawat inap dengan menggunakan

NO	Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
	Dengan Menggunakan Metode Activity Based Costing (ABC) System		kelas III dan bangsa	ABC sistem untuk kelas VIP sebesar Rp142,147, kelas I sebesar Rp173,785, kelas II sebesar Rp203,454 kelas III sebesar Rp145,017 dan bangsa sebesar Rp144,659. Dari hasil tersebut, jika dibandingkan dengan metode tradisional, terlihat bahwa untuk Kelas VIP, kelas I, dan kelas III memberikan hasil yang lebih rendah sedangkan kelas II dan bangsa memberikan hasil yang lebih tinggi. Dengan selisih untuk kelas VIP Rp107,853, kelas I

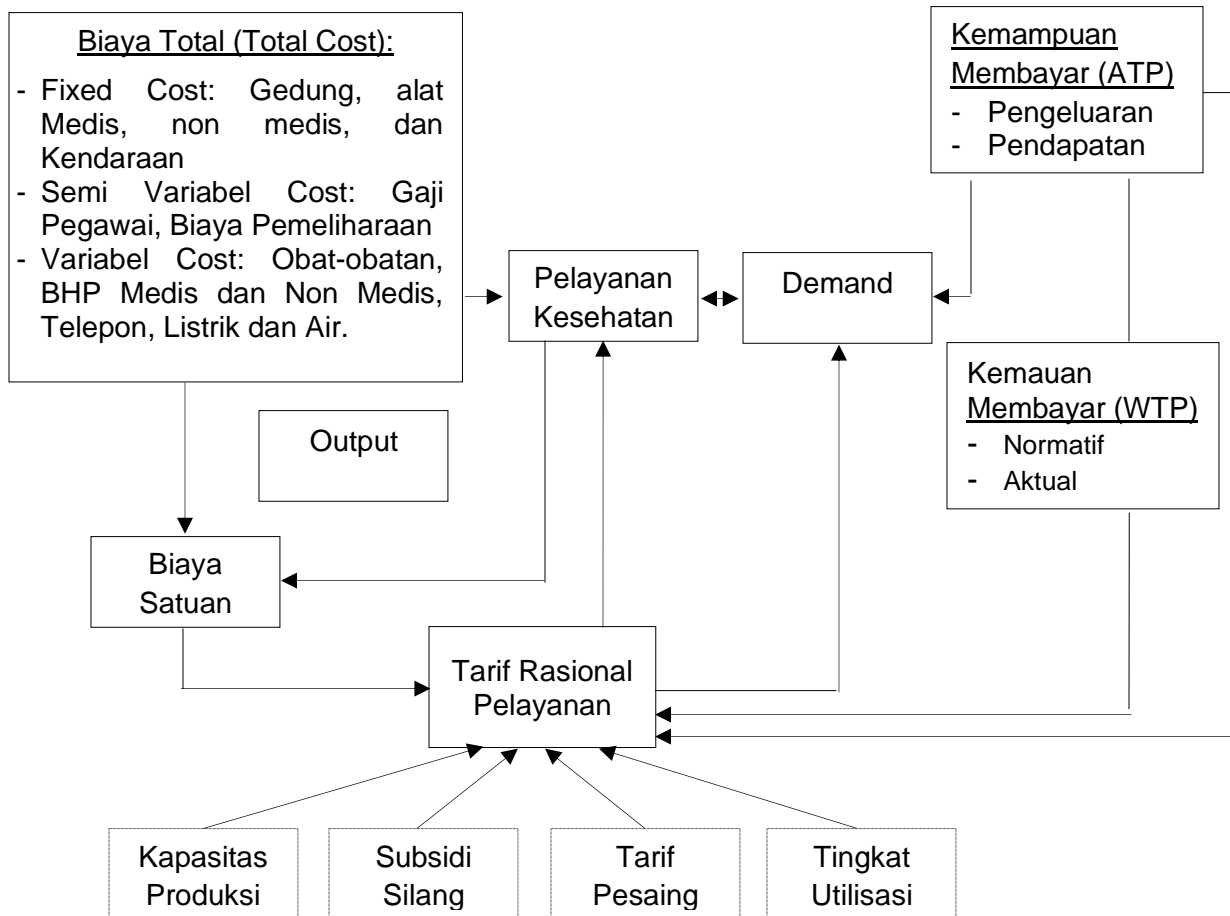
NO	Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
				Rp26,215, kelas II Rp28,454, kelas III Rp4,983, dan bangsal Rp44,659.
14	(Puspitawati, 2013)  Analisis Kinerja Kemandirian Keuangan Dan Aktivitas Layanan Rawat Inap Utama Pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Jiwa Menur Dengan Metode Activity Based Costing	Untuk mengetahui dan menganalisis kinerja kemandirian keuangan dan aktivitas Layanan Rawat Inap Utama Pada Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Jiwa Menur dengan Metode <i>Activity Based Costing</i>	Penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Berdasarkan hasil perhitungan menunjukkan bahwa unit Cost semua kelas perawatan sebelum analisis aktivitas lebih tinggi dari tarif saat ini. Analisis layanan rawat inap dapat mengurangi biaya tidak bernilai tambah sebesar Rp341.235.192,80; sehingga biaya unit masing-masing kelas mengalami penurunan dengan rerata 9,25% jika tidak termasuk gaji PNS, dan 13,47% jika disubsidi

NO	Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
				pemerintah. Tingkat kemandirian keuangan setelah analisis aktivitas meningkat menjadi 94,88% dari 80,00% jika gaji PNS tetap disubsidi oleh pemerintah
15	(Asdar dan Nasri, 2013)  Tarif Rasional Berdasarkan Biaya Satuan (Unit Cost), Ability to Pay (ATP), Willingness to Pay (WTP) dan Forced to Pay (FTP) di Instalasi Rawat	Untuk mengetahui besarnya tarif rasional berdasarkan <i>Unit Cost</i> , <i>Ability To Pay (ATP)</i> , <i>Willingness To Pay (WTP)</i> , <i>Force To Pay (FTP)</i> pada ruang rawat inap RSUD Anutapura Palu	Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional berdasarkan <i>real cost</i>	Hasil yang diperoleh dari penelitian ini adalah asumsi tarif berdasarkan unit cost 3 dengan output normatif (BOR 80%) perkelas perawatan pada Rumah Sakit Umum Anutapura Palu untuk satu tahun (2013) adalah sebagai berikut yakni Kelas VVIP Rp.410.000,- Kelas VIP Rp. 290.000,-

NO	Peneliti dan Judul Penelitian	Tujuan	Metode Penelitian	Hasil Penelitian
	Inap Rumah Sakit Umum Anutapura Palu	Tahun 2013		Kelas I Rp. 160.000,- Kelas II Rp. 115.000,- dan Kelas III Rp. 55.000,-. Kesimpulannya adalah asumsi tarif rasional berdasarkan UC III, ATP, dan WTP yaitu Rp.405.000,- per hari rawat, diikuti oleh kelas VIP sebesar Rp.260.000,- per hari rawat, kelas I sebesar Rp 155.000 /hari rawat, kelas II sebesar Rp. 110.000,- per hari rawat dan kelas III sebesar Rp 55.000/ hari rawat



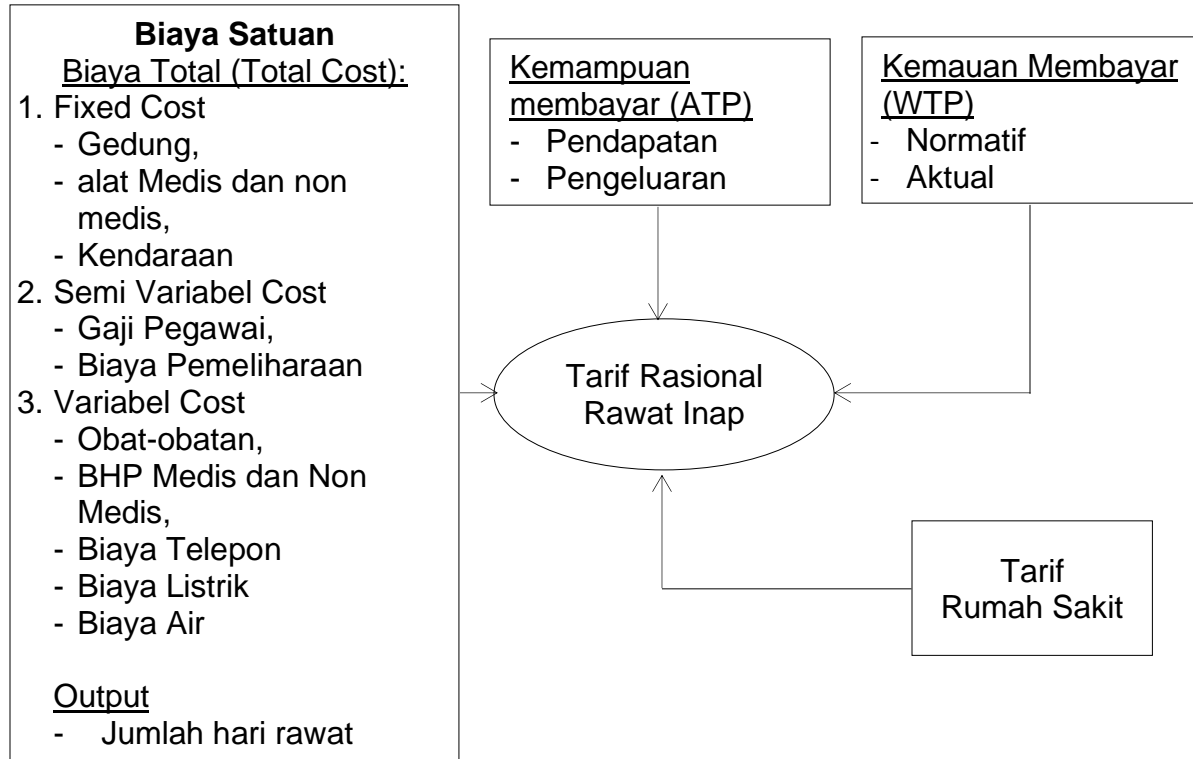
## H. Kerangka Teori



**Gambar 2.1 Kerangka Teori**

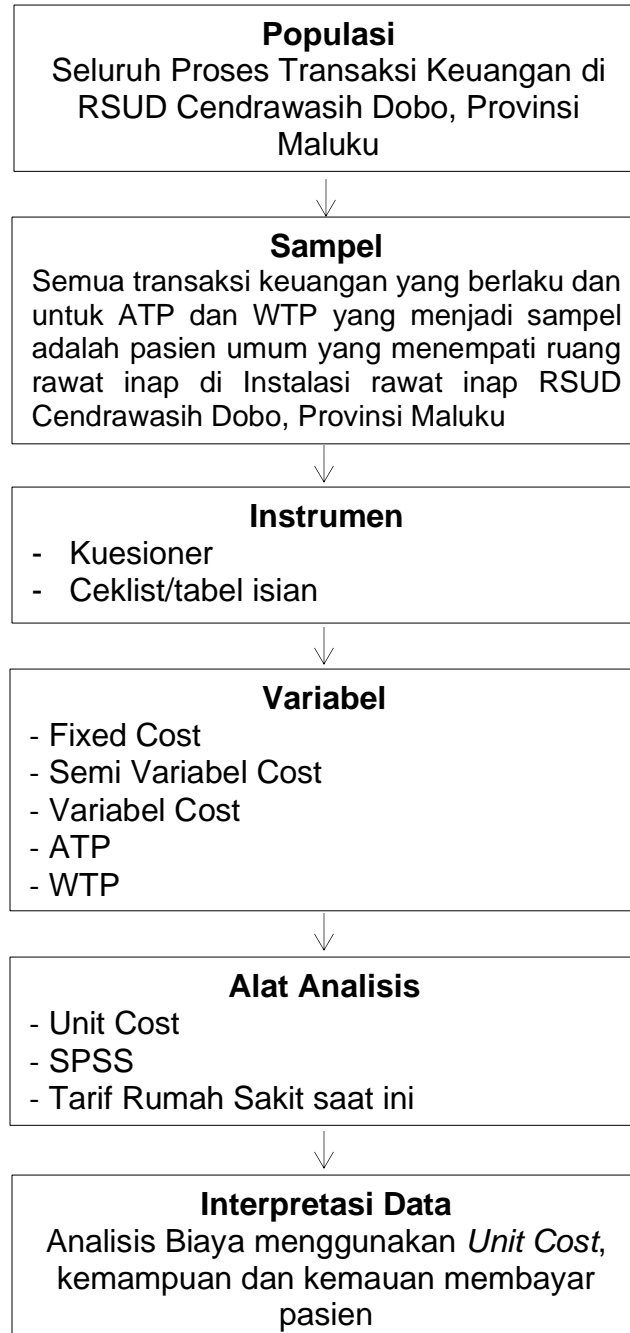
Sumber: Modifikasi Teori dari Ascobat Gani (1997), Sabarguna Boy S, (2004), (Darmawansyah dkk, 2019)

## I. Kerangka Konsep



**Gambar 2.2** Kerangka Konsep

## J. Kerangka Operasional



Gambar 2.3 Kerangka Operasional

## K. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif

1. Biaya Investasi (*Fixed Cost*) adalah biaya yang dikeluarkan untuk pembangunan gedung, pengadaan kendaraan, alat medis dan alat non medis yang digunakan Pada Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Cendrawasih Dobo, Provinsi Maluku.
2. Biaya Operasional Tetap (*Semi Variable Cost*) adalah biaya yang dikeluarkan untuk biaya pemeliharaan (gedung, alat medis, alat non medis serta kendaraan) dan gaji pegawai yang bertugas atau yang ada kaitannya dengan Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Cendrawasih Dobo, Provinsi Maluku.
3. Biaya Operasional Tidak Tetap (*Variable Cost*) adalah biaya yang dikeluarkan untuk pengadaan obat-obatan, bahan habis pakai non medis, listrik, telepon, dan air yang dipergunakan digunakan Pada Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Cendrawasih Dobo, Provinsi Maluku.
4. Total Biaya (*Total Cost*) adalah penjumlahan seluruh komponen biaya meliputi biaya tetap, biaya operasional tetap dan biaya operasional tidak tetap untuk pemakain satu tahun pada Pada Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Cendrawasih Dobo, Provinsi Maluku. Total biaya (*total Cost*) dapat diperoleh dari hasil perhitungan dengan rumus sebagai berikut:
  - a.  $TC 1 = FC + SVC + VC$
  - b.  $TC 2 = SVC + VC$

c.  $TC_3 = VC$

5. Total *Output* adalah Jumlah hari perawatan Pada Instalasi Rawat Inap.
6. Kemampuan membayar adalah Jumlah yang mampu dibayarkan oleh masyarakat untuk membayar iuran JKN berdasarkan ruang perawatan kelas yang dipilih.

Dalam konsep ATP, besar kemampuan membayar untuk pelayanan kesehatan adalah jumlah pengeluaran untuk barang non esensial tersebut. Asumsinya adalah kalau seseorang mampu mengeluarkan belanja untuk barang-barang Non esensial maka tentu ia juga mampu mengeluarkan biaya untuk pelayanan kesehatan yang sifatnya esensial. Terdapat Dua batasan ATP yang dapat digunakan adalah

- 1) ATP 1 adalah besarnya biaya yang mampu di bayar responden untuk membayar biaya kesehatan yang diukur berdasarkan jumlah pengeluaran rumah tangga non esensial dalam periode satu tahun yang diukur dalam nominal rupiah. Kemampuan membayar responden diukur dengan total pendapatan di kurang dengan total jumlah pengeluaran dibagi jumlah tanggungan diukur dalam bentuk rupiah:

$$ATP = \frac{\text{Jumlah beban tanggungan}}{(\text{Total pendapatan}) - (\text{Total pengeluaran})}$$

- 2) ATP 2 adalah besarnya kemampuan membayar yang setara dengan 5% dari pengeluaran pangan non esensial dan non makan. Batasan ini berdasarkan bahwa pengeluaran untuk non makan dapat diarahkan untuk keperluan lain. Termasuk untuk kesehatan. Jadi kemampuan membayar dengan:

ATP = 5% jumlah pengeluaran non pangan

a. Pendapatan

Sejumlah uang/total penghasilan yang didapatkan responden dari hasil bekerja selama 1 bulan. Hal ini dikategorikan berdasarkan UMP Maluku tahun 2022. (SK Gubernur Maluku No.705 tentang Penetapan UMP dan UMK Maluku, Tahun 2021)

b. Pengeluaran

Sejumlah uang yang di keluarkan oleh responden dari hasil bekerja selama 1 bulan yang terdiri dari:

- Pengeluaran makanan adalah keseluruhan dari pengeluaran responden selama satu bulan yang berupa makanan pokok (beras), ikan, daging, telur, buah, bumbu, minyak, serta konsumsi lainnya yang dihitung dalam satuan rupiah.
- Pengeluaran non makanan adalah keseluruhan dari pengeluaran responden selama satu bulan yang berupa pengeluaran untuk kebutuhan sehari-hari seperti biaya pendidikan, perumahan, keperluan rumah tangga, biaya aneka barang dan jasa, barang tahan lama, serta pengeluaran untuk pajak kontrak rumah yang dihitung dalam satuan rupiah.
- Pengeluaran non esensial adalah pengeluaran rumah tangga selama satu bulan yang meliputi pengeluaran

keperluan pesta, upacara, rokok, alkohol, jajan, serta pengeluaran untuk hiburan yang dihitung dalam satuan rupiah.

7. Kemauan membayar Kemauan membayar (WTP) yaitu besarnya dana yang mau dibayarkan keluarga untuk tarif instalasi rawat inap.
  - a. Kemauan membayar (WTP) normatif diukur berdasarkan persepsi responden (pasien) mengenai biaya yang layak dikeluarkan untuk kesehatan berdasarkan kualitas pelayanan kesehatan yang diterima.
  - b. Kemauan membayar (WTP) aktual diukur berdasarkan biaya yang dikeluarkan responden selama dirawat di rumah sakit.
8. Biaya Satuan (*Unit Cost*) adalah hasil pembagian antara *total cost* yang dibutuhkan dibagi dengan jumlah unit produk yang dihasilkan.