

Evaluasi Penetapan Tarif Kamar Rawat Inap menggunakan Unit Cost dengan Metode Hybrid

Puguh Priyo Widodo^{1*}, Parawiyati²

Puguh Priyo Widodo¹, Parawiyati²

D-3 Asuransi Kesehatan, Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang, Malang

e-mail: pwidodo.puguh@gmail.com

S-3 Ilmu Ekonomi, Universitas Merdeka Malang, Malang

e-mail: parawiyati@unmer.ac.id

Keywords:

*Metode Hybrid,
Rawat Inap,
Tarif Kamar,
Unit Cost*

ABSTRACT

Hospital X which carries out a social oriented must also profit oriented to improve the welfare of human resources and the quality of patient-oriented health services. So that the hospital must organize financial management in terms of determining effective and efficient health service rates. One of the health service tariffs is the inpatient room rate. The study aims to evaluate the determination of inpatient room rates using the Hybrid method. The research uses Operational research which is descriptive with quantitative and qualitative data approaches. The data used are investment costs, operating costs, maintenance costs, and inpatient utilities. Hospital inpatient room rates that have been set are smaller than the unit costs that have been calculated, this happens because unit costs pay attention to (1) cost modeling, (2) allocation of costs to overhead centers, (3) allocation of costs to intermediate centers, (4) the amount of costs in the final center of the inpatient room, (5) cost driver and (6) the accuracy of utilities used in inpatient rooms. The study can be used to consider decision-making for setting inpatient room rates and controlling the quality and cost of health services.

Kata Kunci

*Hybrid method,
inpatient,
room rate,
Unit Cost*

ABSTRAK

Rumah sakit X yang menjalankan misi sosial dan kemanusiaan (*social-oriented*) juga harus mencari keuntungan (*profit-oriented*) untuk meningkatkan kesejahteraan sumber daya manusia dan mutu pelayanan kesehatan yang berorientasi pada pasien. Sehingga rumah sakit harus menyelenggarakan manajemen keuangan dalam hal penetapan tarif pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien. Salah satu tarif pelayanan kesehatan adalah tarif kamar rawat inap. Penelitian bertujuan untuk melakukan evaluasi penetapan tarif kamar rawat inap dengan metode Hybrid. Penelitian menggunakan Operational research yang bersifat deskriptif dengan pendekatan data kuantitatif dan kualitatif. Data yang digunakan adalah biaya investasi, biaya operasional, biaya pemeliharaan, dan utilitas rawat inap. tarif kamar rawat inap RS yang telah ditetapkan

lebih kecil dibandingkan dengan unit cost yang telah dilakukan perhitungan, hal ini terjadi karena unit cost memperhatikan (1) cost modelling, (2) alokasi biaya pada pusat overhead, (3) alokasi biaya pada pusat intermediet, (4) jumlah biaya pada pusat final kamar rawat inap, (5) cost driver dan (6) ketepatan utilitas yang digunakan di kamar rawat inap. Penelitian bisa digunakan untuk pertimbangan pengambilan keputusan penetapan tarif kamar rawat inap dan melakukan kendali mutu dan biaya pelayanan kesehatan.

Korespondensi Penulis:

Puguh Priyo Widodo
D-3 Asuransi Kesehatan, Politeknik Kesehatan
Kemenkes Malang,
Jl. Besar Ijen No. 77 C, Oro-oro Dowo, Kec. Klojen
Email: pwidodo.puguh@gmail.com

Tanggal submit : 05-02-2026; Tanggal penerimaan :
01-03-2026; Tanggal publikasi : 31-03-2026



licensed by [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

1. PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai organisasi kesehatan bertujuan menjalankan misi sosial dan kemanusiaan (*social orientetd*) tetapi juga bertujuan mencari keuntungan (*profit oriented*) untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan kesejahteraan sumber daya manusia didalamnya (Mininjaya, 2004). Organisasi rumah sakit harus diselenggarakannya dengan manajemen keuangan yang efektif dan efisien termasuk dalam hal penetapan tarif. Penetapan tarif rumah sakit dapat mempengaruhi profitabilitas dan *brand image* rumah sakit. Terselenggaranya rumah sakit yang efektif dan efisien harus dilakukan oleh rumah sakit yang bekerjasama atau tidak dengan pihak asuransi.

Rumah Sakit X telah bekerjasama dengan berbagai asuransi, salah satunya adalah BPJS Kesehatan. Pembayaran yang diterima oleh RS dari BPJS Kesehatan adalah pembayaran dengan metode *case based*. Metode pembayaran *case-based* yang diberlakukan di Indonesia adalah pembayaran dengan tarif *ina cbgs*. Persentase pembayaran pasien rawat inap pada 2019 di RS adalah BPJS Kesehatan 86,23%, pembayaran umum 9,81% dan 3,96% asuransi lain {RS X, 2019}.

Berdasarkan laporan keuangan RS X 2019 menunjukkan bahwa ada perbedaan persentase tarif RS dibanding *ina cbgs* yaitu 36,78% dari tarif RS. Perbedaan tarif RS dengan *ina cbgs* yang besar harus dilakukan pengendalian pelayanan rawat inap. Pengendalian biaya dapat dilakukan melalui pemahaman secara menyeluruh tentang pengendalian biaya dan penyebab yang mendasari terjadinya suatu biaya (Rainborn dan Kinney, 2011:150). Tarif pelayanan rawat inap tersusun atas beberapa komponen tarif, salah satunya adalah komponen tarif kamar rawat inap. Tarif kamar rawat inap tersusun atas beberapa jenis biaya yaitu biaya investasi, operasional dan pemeliharaan. Berdasarkan buku tarif RS diperoleh bahwa tarif kamar rawat inap yang telah diteapkan di RS X disajikan pada tabel 1.

Tabel 1 Tarif Kamar Rawat Inap RS X

No	Jenis Kelas	Tarif
1	Super VVIP	
2	VVIP	
3	VIP	
4	1 (Satu)	320.000
5	2 (Dua)	235.000
6	3 (Tiga)	80.000

(Data diolah, 2021)

Berdasarkan tabel 1 menunjukkan bahwa tarif kamar rawat inap memiliki tarif yang berbeda setiap kelas. Perbedaan tarif tersebut disebabkan karena sarana-prasarana non medis tiap kelas berbeda. Berdasarkan hasil *FGD* dengan direksi RS X menjelaskan bahwa perbedaan tarif kamar rawat inap karena tiap kamar memiliki fasilitas yang berbeda misal ada atau tidak adanya AC. Selain itu penetapan tarif kamar rawat inap di RS X tidak berdasarkan *unit cost* melainkan dari tarif turunan dari RS pesaing dan RS dalam satu manajemen Yayasan tersebut. RS X tidak menentukan tarif kamar rawat inap karena tim tarif kesulitan mencari informasi biaya, tidak memahami melakukan *cost medelling* dan tidak bisa melakukan penghitungan *unit cost*. Selain itu kamar rawat inap sudah termasuk biaya makan pasien. Hal ini harus menjadi perhatian manajemen karena tidak akan mengetahui jumlah biaya yang dibutuhkan untuk penggunaan kamar rawat inap dan tidak mengetahui biaya yang tersusun dalam tarif kamar rawat inap. Rumah sakit dalam menjalankan pelayanan rawat inap harus mendapatkan keuntungan penjualan pelayanan rawat inap, Salah satu keuntungan pelayanan rawat inap adalah kamar rawat inap, Dimana pendapatan tersebut didapat dari harga atau tarif yang harus dibayarkan oleh pasien atau asuransi kesehatan yang telah bekerjasama dengan RS.

Penghitungan tarif kamar rawat inap dengan *unit cost* dibutuhkan untuk mengidentifikasi kebutuhan sumber daya dalam jasa pelayanan, analisis biaya, menentukan alokasi anggaran yang efisien, menentukan tindakan kuratif dan memastikan dana yang memadai untuk setiap layanan (Conteh and Walker, 2004). Informasi *unit cost* dibutuhkan untuk mengambil keputusan taktis dan strategis serta sebagai alat untuk melakukan negosiasi dengan pihak eksternal. Penentuan tarif rawat inap merupakan suatu keputusan penting, karena dapat mempengaruhi profitabilitas suatu rumah sakit. Dengan adanya berbagai macam fasilitas pada tarif rawat inap, serta jumlah pusat biaya *overhead* yang tinggi, maka semakin menuntut ketetapan dalam pembebanan biaya yang sesungguhnya. Berdasarkan latar belakang di atas, maka penelitian ini bertujuan evaluasi penetapan tarif kamar rawat inap menggunakan unit cost dengan metode hybrid.

2. METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan adalah *operational research* yang bersifat *deskriptif* dengan menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Subjek penelitian terdiri dari direktur, casemix dan keuangan, Sampel penelitian menggunakan semua transaksi keuangan yang berkaitan dengan biaya investasi, biaya operasional, biaya pemeliharaan dan biaya alokasi unit penunjang. Penelitian dilakukan pada Juni-September 2021 di RS X. Sumber data yang digunakan adalah data kualitatif dan kuantitatif. Data kualitatif diperoleh dari subjek penelitian dalam bentuk informasi secara lisan/wawancara dan observasi. Data kuantitatif diperoleh dari laporan keuangan dan informasi biaya tahun 2020. Teknik Pengumpulan data dilakukan dengan cara studi dokumentasi dan wawancara dengan menggunakan instrumen pengambilan data yaitu lembar check list dan pedoman wawancara. Analisis data menggunakan *spreadsheet* pada *microsoft excel* sesuai dengan kebutuhan

setiap tahapan dalam metode *hybrid*, data diolah dengan memasukan rumus yang sesuai dengan perhitungan setiap tahapan dalam metode *hybrid*.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Evaluasi tarif kamar rawat inap menggunakan perhitungan *unit cost* kamar rawat inap menggunakan metode *hybrid*. Metode *hybrid* adalah metode yang menggabungkan metode top down dengan bottom up. Pada proses penghitungan *unit cost* kamar rawat inap dengan metode ini dilakukan menjadi 5 (lima) tahapan yaitu:

1. *Tracing* Unit Biaya berdasarkan Struktur Organisasi RS X

Tracing pusat biaya dilakukan sesuai dengan struktur organisasi RS X. *Tracing* biaya bertujuan untuk menentukan pusat biaya overhead, intermediet dan final. Berikut hasil *tracing* pusat biaya yang disajikan pada tabel 2.

Tabel 2 *Tracing* pusat biaya sesuai Struktur Organisasi RS X

Kode pusat biaya	Kode Sub pusat biaya	Nama pusat biaya
F01		Gawat Darurat
F02		Rawat Inap
	F02.1	Kelas I
	F02.2	Kelas II
	F02.3	Kelas III
F03		Poliklinik
	F03.1	Penyakit Dalam
	F03.2	Mata
	F03.3	Obgyn
	F03.4	Bedah
	F03.5	Jantung
	F03.6	Syaraf
	F03.7	Paru
	F03.8	Anak
	F03.9	Orthopedi
I01		HCU/ICU
I02		Bedah
I03		Laboratorium
I04		Radiologi
I05		Farmasi
001		Direksi
	001.1	Direktur
	001.2	Wadir Pelayanan
	001.3	Wadir Administrasi Umum
	001.4	Kabid Bidang Pelayanan Medis
	001.5	Kabid Bidang Penunjang Medis
	001.6	Kabid Keperawatan
	001.7	Bagian SM
	001.8	Bagian Keuangan
	001.9	Bagian Penunjang Umum
	001.10	Parkir
	001.11	Taman
002		Unit Diklat

Kode pusat biaya	Kode Sub pusat biaya	Nama pusat biaya
003		Unit Sekretariat
004		Unit Keamanan
005		Akutansi
006		Unit Kasir
007		Unit Hutang & Piutang
008		Penggajian dan Perpajakan
009		Unit Casemix
010		Unit Pemeliharaan Sarana dan Prasarana
011		Unit Logistik
012		Unit Humas dan Pemasaran
013		RT dan Kebersihan
014		Transportasi
015		Teknologi Informasi
016		Perijinan dan Kesling
017		Kamar Jenazah
018		Atem
019		Gizi

Pada tabel 2 menunjukkan bahwa *tracing* pusat biaya pada struktur organisasi akan mempermudah dalam melakukan pengelompokan biaya yang ditimbulkan dari masing-masing pusat biaya. Pada hasil telusur pusat biaya dibedakan menjadi 3 (tiga) yaitu pusat biaya *overhead* (O), *intermediet* (I) dan *final* (F). Pada Tabel 1.1 menunjukkan bahwa pusat biaya *overhead* terdiri dari 000-019, pusat biaya *intermediet* meliputi I00-I05 dan pusat biaya *final* F01-F03.

2. Penentuan biaya pada pusat *Overhead*

Pusat biaya *Overhead* adalah biaya yang ditimbulkan dari unit yang tidak menghasilkan produk tetapi memiliki kontribusi dalam menghasilkan produk layanan. Berikut hasil perhitungan biaya overhead sesuai tabel 3.

Tabel 3 Biaya *Overhead*

No	Jenis Biaya	Biaya (Rp)
1	Biaya Investasi Gedung	75.262.500
2	Biaya Investasi Alat Non Medis	224.010.051
3	Biaya Operasional	4.001.147.896
4	Biaya Pemeliharaan	765.134.159
Total		5.065.554.607

Tabel 3. menunjukkan bahwa pusat biaya *overhead* Rp. 5.065.554.607. Pada penghitungan biaya yang timbul pada pusat biaya *overhead* terdiri dari biaya investasi, biaya operasional dan biaya pemeliharaan. Biaya yang timbul paling besar pada pusat biaya overhead adalah biaya operasional dan biaya pemeliharaan.

3. Alokasi Unit Biaya *Overhead* dan *Intermediet*

Pusat Biaya *overhead* dan *intermediet* yang telah dilakukan penghitungan harus dilakukan alokasi biaya ke pusat biaya pelayanan yang menghasilkan produk layanan. Salah satu pusat biaya pelayanan yang menghasilkan produk layanan adalah unit rawat inap. Alokasi yang digunakan untuk

melakukan distribusi pusat biaya *overhead* ke unit rawat inap menggunakan metode *step down*. Hasil alokasi biaya disajikan pada tabel 4.

Tabel 4. Alokasi Biaya *Overhead* dan *Intermediet* ke unit rawat inap

No	Jenis Kelas	Alokasi Biaya <i>Overhead</i> (Rp)	Alokasi Biaya <i>Intermediet</i> (Rp)
1	Kelas 1	77.450.151	116.175.226
2	Kelas 2	273.539.949	182.359.966
3	Kelas 3	455.899.915	193.625.376

Tabel 4, alokasi biaya pusat *overhead* dan *intermediet* terbesar untuk pusat biaya final rawat inap adalah kelas 3 (tiga) yaitu Rrp. 455.899.915 dan Rp. 193.625.376. Besaran alokasi tersebut karena utilitas atau tingkat huni pada kelas 3 (tiga) tinggi dibandingkan kelas 1 dan 2. Sehingga mendapatkan jumlah alokasi besar dari biaya yang ditimbulkan dari pusat biaya *overhead* dan *intermediet*.

4. Total Biaya Final kamar Rawat Inap

Total Biaya final kamar rawat inap dibagi menjadi 3 (tiga) jenis kamar rawat inap. Berikut 3 (tiga) jenis kamar rawat inap di RS X. Berikut Tabel 5 hasil penghitungan total pusat biaya final kamar rawat inap:

Tabel 5 Total Pusat Biaya Final kamar Rawat Inap

No	Jenis Biaya	Kelas 1	Kelas 2	Kelas 3
1	Biaya Investasi Gedung	3.725.000	7.350.000	10.943.750
2	Biaya Investasi Alat Medis	2.838.750	33.290.765	33.733.515
3	Biaya Investasi Alat Non Medis	18.828.500	98.539.752	100.070.502
4	Biaya Operasional	370.439.118	1.320.951.872	1.700.846.767
5	Biaya Pemeliharaan	8.037.402	36.681.838	40.090.286
6	Alokasi Biaya <i>Overhead</i>	77.450.151	273.539.949	455.899.915
7	Alokasi Biaya <i>Intermediet</i>	116.175.226	182.359.966	193.625.376
Total		597.494.147	1.952.714.142	2.535.210.111

Pada tabel 5 tampak bahwa total pusat biaya final kamar rawat inap yaitu kelas 3 lebih besar dibandingkan kelas 1 (satu) dan 2 (dua).

5. *Unit Cost* Kamar Rawat Inap

Utilitas yang digunakan untuk penghitungan *unit cost* kamar rawat inap adalah hari perawatan masing-masing kelas.

Tabel 6. *Unit Cost* Kamar Rawat Inap

No	Variabel	Kelas 1	Kelas 2	Kelas 3
1	Total Cost	597.494.147	1.952.714.142	2.535.210.111
2	Utilitas	953	4012	7971
Nilai		626.961	486.718	318.054

Berdasarkan tabel 6 menunjukkan bahwa unit cost kamar rawat inap paling besar adalah unit cost kamar rawat inap kelas 1. Dana yang paling kecil adalah unit cost kamar rawat inap kelas 3.

6. Perbandingan *Unit Cost* kamar rawat inap dengan Tarif RS yang telah ditetapkan.

Unit cost yang telah dilakukan penghitungan diandingkan dengan tarif kamar rawat inap yang telah ditetapkan oleh RS X. Perbandingan tersebut di sajikan pada tabel 7.

Tabel 7. Perbandingan Unit Cost dan Tarif Kelas Kamar Rawat Inap yang Telah Ditentukan

No	Jenis Kelas Kamar Rawat Inap	Unit Cost (a)	Tarif Yang Telah Ditetapkan (b)	Selisih (b-a)
1	Kelas 1	626.961	320.000	-306.961
2	Kelas 2	486.718	235.000	-251.718
3	Kelas 3	318.054	80.000	-238.054

Berdasarkan pada tabel 7 menunjukkan bahwa tarif kelas kamar rawat inap yang telah ditetapkan jauh lebih kecil dibandingkan dengan *unit cost* yang telah dihitung.

Tarif adalah nilai pelayanan yang diterapkan dengan ukuran moneter berdasarkan pertimbangan bahwa dengan nilai moneter tersebut memberikan jasa kepada pasien (Trisnantoro, 2006). Tarif kamar rawat inap yang telah ditetapkan tidak rasional berdasarkan hasil perhitungan unit cost. Pada evaluasi tarif kamar rawat inap dengan menggunakan perhitungan unit cost mendapatkan nilai unit cost lebih besar dibandingkan tarif kamar yang telah ditetapkan sesuai pada tabel 1.5. Hal ini terjadi karena perhitungan ini melibatkan biaya yang timbul diluar biaya pusat final kamar rawat inap yaitu alokasi biaya pusat overhead dan intermediet. Alokasi biaya pusat overhead dan intermediet harus driver ke biaya pusat final karena pusat biaya tersebut tidak menghasilkan produk pelayanan tetapi membantu secara tidak langsung dalam melakukan produksi pelayanan di pusat final kamar rawat inap. Alokasi biaya pada pusat overhead dan intermediet sebesar 32,41% kelas 1, 23,35% kelas 2 dan 25,62% dari total biaya maka menuntut manajemen rumah sakit untuk melakukan ketepatan dalam alokasi biaya ke pusat final. Riadi Budiman (2012: 19) menyebutkan bahwa dengan adanya berbagai macam fasilitas pada tarif jasa rawat inap, serta jumlah biaya overhead yang tinggi, maka semakin menuntut ketepatan dalam pembebanan biaya yang sesungguhnya.

Penelitian yang dilakukan Najah (2016) Terjadinya selisih harga antara taraif RS dan perhitingan unit cost dikarenakan pada metode Activity Based Costing, pembebanan biaya overhead pada masing-masing produk. Pada metode akuntansi biaya tradisional biaya overhead pada masing-masing produk hanya dibebankan pada satu cost driver saja, yaitu jumlah hari rawat inap pasien sehingga dalam perhitungan harga pokok tidak memperoleh hasil yang tepat. Penelitian yang dilakukan oleh Kulo J.I (2013) menunjukkan bahwa perhitungan biaya rawat inap dengan menggunakan metode *Activity Based Costing (ABC)* untuk jenis kamar VVIP sebesar Rp.620.302. VIP Rp.529.250, kelas I Rp. 297.257, kelas II Rp. 199.649. dan Kelas I, Rp. 85.075. Dari hasil yang diperoleh dapat dibandingkan selisih biaya rawat inap yang telah ditentukan. Untuk metode *ABC* pada kamar VIP, I, II dan III memberikan hasil perhitungan yang lebih besar dari pada harga kamar yang telah ditentukan oleh pihak Rumah sakit. Dengan selisih harga untuk VIP sebesar Rp. 132.250, kelas III sebesar Rp. 37.257, kelas II sebesar Rp. 39.649. Dan untuk kelas III sebesar Rp. 10.075.

Sedangkan pada kelas VVIP hasil perhitungan *Activity Based Costing* lebih besar dari pada biaya rawat inap yang telah ditentukan oleh Rumah sakit. yaitu dengan selisih sebesar Rp. 54.698.

Perhitungan tarif kamar rawat inap dengan menggunakan *unit cost* mencerminkan berbagai variasi biaya yang terjadi dalam produksi pelayanan kesehatan yang diberikan di rumah sakit. Perhitungan tarif kamar rawat inap berdasarkan unit cost/jasa sarana harus memperhatikan: (1) melakukan *cost modelling*, (2) penghitungan alokasi biaya pada pusat overhead, (3) alokasi biaya pada pusat intermediet, (4) jumlah biaya pada pusat final kamar rawat inap, dan (5) ketepatan dalam penentuan utilitas kamar rawat inap sesuai tabel 1.4. Pada perhitungan ini tidak memperhatikan biaya langsung yang meliputi jasa pelayanan, obat, BMHP (Biaya Medis Habis Pakai) dan pelayanan penunjang. Penghitungan unit cost di pelayanan kesehatan memiliki tiga ciri yaitu: (1) Biaya yang akan dihitung tersebar baik di unit produksi dan penunjang, (2) *Output* pelayanan kesehatan sangat beragam dan (3) *Output* pelayanan bersifat ideal dan actual (Sucahyo, 2006).

Biaya yang timbul pada pusat final, alokasi pusat *overhead* dan alokasi pusat *intermediet* disebut biaya tidak langsung karena biaya tersebut akan selalu timbul walau tidak ada produksi pelayanan. Biaya tersebut meliputi biaya investasi, biaya operasional dan biaya pemeliharaan. Hal ini sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 85 Tahun 2015 tentang Pola Tarif Nasional Rumah Sakit yang menyebutkan bahwa tarif rumah sakit harus berdasarkan dengan komponen *unit cost* dan memperhatikan kondisi regional. Komponen unit cost pada tarif pelayanan adalah biaya tidak langsung atau jasa sarana. Perhitungan biaya pada pusat final, *overhead* dan *intermediet* meliputi biaya investasi terdiri dari biaya gedung, alat medis dan alat non medis. Biaya operasional meliputi gaji, ATK, PRT, bengkel, diklat, asuransi, perajalan dinas, BBM, perijinan, listrik, air, telepon, seragam karyawan, administrasi bank dan bunga pinjaman, pajak bumi dan bangunan, pajak kendaraan, restribusi kebersihan, pajak badan, pajak PPn, akreditasi dan selisih klaim BPJS Kesehatan. Biaya pemeliharaan terdiri dari pemeliharaan gedung, alat medis dan alat non medis.

Penghitungan tarif berdasarkan unit cost/jasa sarana memberikan berbagai manfaat antara lain (1) penetapan kebijakan tarif atau *pricing policy*, (2) meningkatkan efisiensi dan *cost effectiveness* rumah sakit, (3) penentuan besaran subsidi untuk jenis-jenis pelayanan kesehatan tertentu, (4) penentuan laba rugi operasional rumah sakit, dan (5) sebagai standar dalam menentukan Rencana Bisnis Anggaran (RBA) (Subanegara, 2005).

4. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka ditarik kesimpulan bahwa tarif kamar rawat inap RS yang telah ditetapkan lebih kecil dibandingkan dengan penghitungan unit cost hal ini karena perhitungan unit cost kamar rawat inap tarif yang telah ditetapkan tidak memperhitungkan (1) *cost modelling*, (2) alokasi biaya pada pusat overhead, (3) alokasi biaya pada pusat intermediet, (4) jumlah biaya pada pusat final kamar rawat inap, (5) cost driver dan (6) ketepatan dalam penentuan utilitas kamar rawat inap. Rumah sakit perlu menggunakan pendekatan unit cost dalam penetapan tarif, perlu dilakukan evaluasi tarif secara berkala, serta diperlukan peningkatan kapasitas SDM dalam analisis biaya.

REFERENSI

- Budiman Riadi. 2012. Implementasi Metode Activity Based Costing System dalam Menentukan Besarnya Tarif Rawat Inap. Jurnal Elkha Vol. 4, No.2, Oktober 2012.
- Conteh, L. dan Walker, D. 2004. Cost and Unit Cost Calculation Using Step-Down Accounting. Health and Policy and Planning, 19 (2), pp. 127-135.

- Kementrian Kesehatan RI, 2015. *Peraturan Menteri Kesehatan RI. No. 85 tentang Pola Tarif Nasional Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kula, Jeina Ivone. "Metode penetapan biaya rawat inap pada BLU RSUP Prof. Dr. RD Kandou Manado." *Jurnal EMBA: Jurnal Riset Ekonomi, Manajemen, Bisnis dan Akuntansi* 1.3 (2013).
- Mininjaya, AAG. 2004. *Manajemen Kesehatan*, ECG, Bali.
- Najah, Nasikhatun, Kharis Raharjo, and Rita Andini. "Penerapan Metode Activity Based Costing System dalam Menentukan Tarif Jasa Rawat Inap (Studi Kasus pada Rumah Sakit Umum RA. Kartini Kabupaten Jepara)." *Journal Of Accounting* 2.2 (2016).
- Rainborn, Cecily A dan Kinney, Michael R. 2011. *Akuntansi Biaya: Dasar dan Perkembangan*. Buku kesatu edisi ketujuh. Terjemahan Rahmat Hilman. Jakarta: Salemba Empat.
- RS X. 2021. *Laporan Pelayanan Medik*. RS X. Batu.
- Subanegara, HP. 2005. *Modul Unit Cost Analisis Rumah Sakit*. Hospital Management Consultant.
- Sucahyo, R. 2006. Studi prospektif Perawatan Persalinan Normal dan Abnormal dengan *Metode Activity Based Costing (ABC)* di RSUD Sultan Imanuddin. Tesis. Sekolah Pasca Sarjana Universitas Gajah Mada. Yogyakarta.
- Trisnantoro, 2006. *Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press:146-163.