

Penentuan Tarif Badan Layanan Umum RSUD “X” Berdasarkan PERMENKES Nomor 85 Tahun 2015

Yusti Pujisari

Akuntansi, STIE Solusi Bisnis Indonesia, Yogyakarta
mamafalie@gmail.com

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui proses perhitungan tarif yang dilakukan pada RSUD “X” di wilayah Indonesia. Secara berkala, bilamana dibutuhkan, setiap rumah sakit selalu memperbaiki perhitungan tarif layanan yang dikenakan kepada pasien. Demikian juga dengan RSUD “X”, dimana pada tahun 2021 juga melakukan perhitungan tarif ulang disesuaikan dengan kondisi saat ini dan juga disesuaikan dengan Permenkes No. 85 tahun 2015 mengenai perhitungan tarif. Proses alur perhitungan tarif diperoleh dari wawancara dengan konsultan yang melakukan perhitungan tarif di RSUD “X” disertai dengan data penunjang. Metode penelitian adalah deskriptif kualitatif. Terdapat tujuh Langkah yang diadopsi dari Shepard (1998) untuk melakukan perhitungan tarif, dimulai dari identifikasi produk akhir sampai dengan laporan hasil (*final report*). Terdapat 3 pusat biaya dalam identifikasi biaya, yaitu *general cost center*, *ancillary cost center* dan *clinical cost center*. *Clinical cost center* adalah produk akhir dari perhitungan tarif, dimana tarif dihitung berdasarkan unit cost. Biaya-biaya yang muncul dari *general* dan *ancillary* dialokasikan ke dalam *clinical* Sebagian besar berdasarkan luas lantai. Laporan hasil dari perhitungan tarif adalah berupa tarif setiap tindakan yang merupakan bagian dari *clinical*. Tarif tersebut akan dituangkan dalam Peraturan Bupati setempat. Disamping itu hasil akhir juga berupa laporan lengkap mengenai alur perhitungan, sumber informasi yang digunakan sebagai dasar bagi pihak manajemen rumah sakit untuk melakukan evaluasi dan perhitungan tarif pada waktu yang akan datang.

Kata kunci: *general, ancillary, clinical, unit cost*, tarif

Determination of Rates for the Public Service Agency for RSUD "X" Based on PERMENKES Number 85, 2015

Abstract

This study aims to determine the process of calculating rates at RSUD “X” in Indonesia. Periodically, when needed, each hospital always fixes the calculation of service rates charged to patients. Similarly, RSUD “X,” which is 2021, will also perform a re-calculation of rates adjusted to current conditions and Permenkes No. 85, 2015 regarding the calculation of rates. The flow rate calculation process is obtained from interviews with consultants who perform rates calculations at RSUD “X” accompanied by supporting data. The research method is descriptive qualitative. There are seven steps adopted by Shepard (1998) to perform rates calculations, starting from the identification of the final product to the final report. There are three cost centers in cost identification: the general cost center, ancillary cost center, and



clinical cost center. The clinical cost center is the final product of rates calculation, where the rates is calculated based on unit cost. Costs that arise from general and ancillary are allocated to primarily clinical based on floor area. The report on the results of the rates calculation is in the form of the rates for each action that is part of the clinical. The rates will be stated in the local Regent Regulation. In addition, the final result is a complete report on the flow of calculations and sources of information that are used as a basis for hospital management to evaluate and calculate rates in the future.

Keywords: *General, Ancillary, Clinical, Unit Cost, Rates*

PENDAHULUAN

Kebutuhan akan layanan rumah sakit menjadi salah satu hajat hidup masyarakat dalam suatu negara. Disebabkan melayani hajat hidup masyarakat banyak, maka setiap negara pun memberikan perhatian sangat besar terhadap kinerja rumah sakit yang beroperasi di negara tersebut.

Di Indonesia, terdapat rumah sakit swasta dan rumah sakit yang dikelola pemerintah, baik skala pusat dan daerah. Dalam penetapan standar pelayanan, baik rumah sakit swasta maupun rumah sakit pemerintah terikat pada peraturan pemerintah pusat maupun daerah setempat. Pengelolaan rumah sakit pun seharusnya dilakukan secara efisien dan efektif, agar mampu menghadapi persaingan dan tetap *survive* (Maria, 2015). Dalam penentuan tarif layanan yang disediakan, rumah sakit swasta memiliki kebebasan untuk menetapkan tarif, disesuaikan dengan investasi dan biaya yang dikeluarkan untuk operasional rumah sakit tersebut. Sementara untuk rumah sakit yang dikelola pemerintah, penentuan tarif ditentukan oleh peraturan pemerintah dalam hal ini adalah Menteri Kesehatan dan turunannya, yaitu yang tertuang dalam Peraturan Bupati masing-masing tempat RSUD tersebut berada.

Pimpinan rumah sakit harus mampu menyediakan pelayanan dengan baik dan harga yang masuk akal sehingga dibutuhkan informasi mengenai biaya aktual dari pelayanan yang ada (Oashttamadea dkk, 2019). Peraturan mengenai tarif layanan rumah sakit pemerintah, baik itu di pusat dan daerah tertuang dalam peraturan Menteri yang terbaru yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes) no. 85 tahun 2015 mengenai Pola Tarif Nasional Rumah Sakit. Besaran tarif rumah sakit yang diatur dalam Permenkes ini dan bahkan Permenkes yang ada sebelumnya adalah ditentukan berdasarkan komponen biaya satuan (*unit cost*) dengan memperhatikan kondisi regional.

Setiap rumah sakit, dalam kaitannya dengan penentuan tarif, dapat berubah dari waktu ke waktu. Hal ini karena adanya perubahan fasilitas rumah sakit, faktor inflasi, perubahan komponen biaya yang dikenakan tarif dan yang paling mempengaruhi adalah adanya ketentuan dari pemerintah mengenai penetapan tarif yang selalu mengalami perkembangan. Kemampuan rumah sakit dalam menentukan tarif layanan pun bervariasi antara satu dengan yang lain. Cara paling mudah untuk memperbaharui penentuan tarif adalah dengan mencontoh rumah sakit lain (*benchmarking*) yang memiliki kapasitas layanan sejenis. Tentunya cara *benchmarking* ini kuranglah tepat dibandingkan dengan menghitung tarif secara langsung dengan melakukan identifikasi biaya dan aktivitas di dalam masing-masing rumah sakit.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana proses perhitungan tarif rumah sakit, khususnya RSUD “X” pada tahun 2021, yang disesuaikan dengan Permenkes No. 85

tahun 2015. RSUD “X” menggunakan jasa konsultan dalam penghitungan tarif agar sesuai dengan kondisi yang ada di RSUD “X” dan dapat secara tepat memberikan harga yang tepat kepada masyarakat, mengingat RSUD “X” merupakan rumah sakit daerah berbentuk Badan Layanan Umum. Oleh karena itu, sumber data utama penelitian ini adalah konsultan yang diberikan penugasan untuk menghitung tarif di RSUD “X”.

Pengertian tarif rumah sakit yang dituangkan ke dalam Permenkes no 85 tahun 2015 pasal 1 adalah imbalan yang diterima oleh rumah sakit atas jasa dari kegiatan pelayanan maupun non pelayanan yang diberikan kepada pengguna jasa. Perhitungan untuk menentukan tarif rumah sakit ini berdasarkan komponen biaya satuan (*unit cost*). Artinya bahwa perhitungan tarif dapat dilakukan setelah rumah sakit memperoleh informasi biaya satuan atau *unit cost* (Bunga, 2017). Dalam pasal 7 dikatakan bahwa biaya satuan pembiayaan (*unit cost*) merupakan hasil perhitungan total biaya (*total cost*) masing-masing kegiatan yang dikeluarkan rumah sakit.

Dalam akuntansi biaya, istilah tarif diterjemahkan sebagai pembebanan biaya per aktivitas, biasanya dilakukan dalam perhitungan biaya overhead pabrik. Namun dalam judul penelitian ini dan juga pengertian dalam Permenkes no 85 tahun 2015, istilah tarif digunakan untuk menunjukkan harga layanan didalam rumah sakit. Istilah “Tarif” digunakan dalam rumah sakit karena bentuk produk nya adalah jasa, bukan sebagai barang dagangan yang berwujud. Sama halnya juga dengan yang kita bayarkan kepada notaris, kita menyebutnya dengan tarif bukan harga jual notaris karena notaris adalah jasa. Untuk barang dagangan yang berwujud, biasa diistilahkan dengan harga jual, seperti harga jual mebel, harga jual kendaraan dsb. Sehingga yang dimaksud tarif layanan medis disini adalah harga jual layanan medis, namun selanjutnya kita akan menggunakan istilah “tarif” dan bukan “harga jual”, karena rumah sakit menghasilkan jasa, bukan barang.

Selanjutnya, apa sajakah yang dikenakan tarif rumah sakit? Sesuai dengan pasal 9 maka semua kegiatan baik pelayanan dan non pelayanan di rumah sakit akan dikenakan tarif rumah sakit. Kegiatan pelayanan yang dijelaskan dalam Permenkes no. 85 tahun 2015 pasal 10 adalah pelayanan medis dan pelayanan penunjang medis. Apabila kita analogikan dengan perusahaan manufaktur, maka pelayanan medis adalah departemen produksi dan pelayanan penunjang medis adalah departemen non produksi. Tentunya ketika kita menghitung tarif, hal pertama yang kita lakukan adalah dengan melakukan alokasi biaya non produksi (dalam hal ini adalah biaya penunjang medis) ke dalam biaya produksi (biaya medis). Dalam akuntansi biaya, *unit cost* dihitung dengan mengidentifikasi dan menjumlah total biaya yang dikonsumsi untuk kebutuhan memproduksi barang maupun jasa. Rangkaian total biaya ini terdiri dari biaya bahan baku, biaya tenaga kerja langsung dan biaya *overhead*. Proses pengidentifikasian biaya bahan baku, tenaga kerja langsung dan *overhead* juga penting dilakukan di rumah sakit sebelum menentukan tarif yang akan diberlakukan untuk setiap jasa layanan medis yang ditetapkan di rumah sakit tersebut.

Dalam penelitian ini, pembahasan mengenai jenis bidang layanan di RSUD “X” dibagi ke dalam 3 kelompok, sama seperti rumah sakit pada umumnya, yaitu kelompok penunjang non medis (*general*), kelompok penunjang medis (*ancillary*) dan kelompok pelayanan medis (*clinical*). Pengenaan tarif ada dalam kelompok pelayanan medis. Proses perhitungan tarif akan diawali dengan identifikasi biaya pada 3 kelompok layanan dan diakhiri dengan cara menghitung tarif dalam kelompok pelayanan medis. Dari uraian diatas, maka penelitian ini bertujuan untuk:

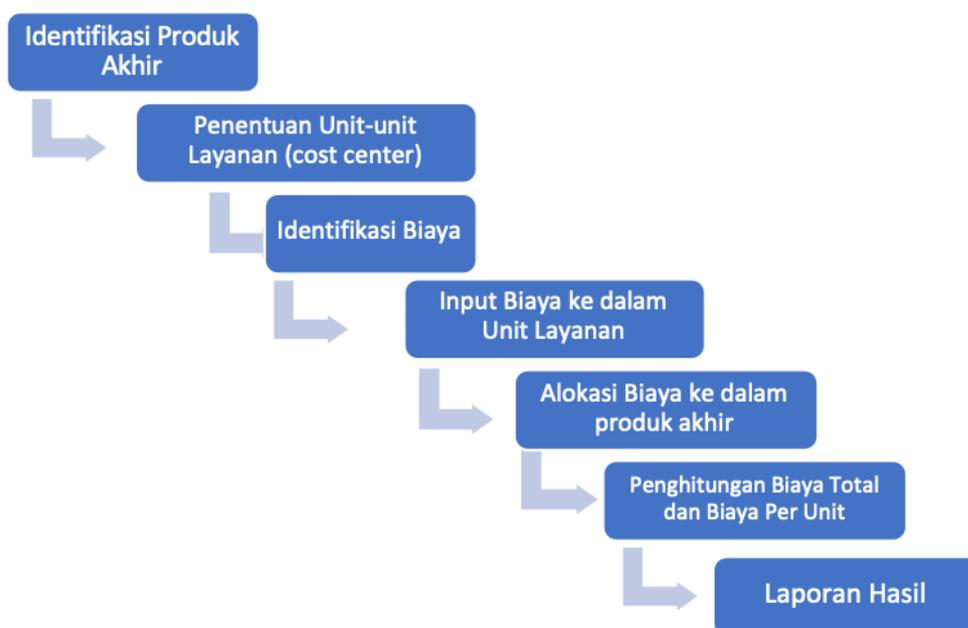
1. Mengetahui dan mengidentifikasi biaya dalam unit penunjang non medis (*general*), penunjang medis (*ancillary*) dan pelayanan medis yang akan dijadikan dasar dalam perhitungan tarif pada pelayanan medis sesuai dengan Permenkes No. 85 tahun 2015.
2. Mengetahui dan mengidentifikasi cara pengalokasian unit penunjang non medis (*general*) dan penunjang medis (*ancillary*) ke dalam pelayanan medis (*clinical*)
3. Mengetahui cara perhitungan tarif pelayanan medis (*clinical*) di RSUD “X”

METODE PENELITIAN

Penelitian ini bersifat deskriptif kualitatif, dimana bertujuan untuk memberikan gambaran secara umum mengenai informasi bagaimana tarif dihitung dalam RSUD “X”. Penelitian ini dilakukan pada tahun 2021, tepat disaat RSUD “X” ingin melakukan perhitungan ulang atau pembaharuan tarif disesuaikan dengan Permenkes No. 85 tahun 2015. Selanjutnya hasil perhitungan tarif akan tertuang atau dikuatkan dalam peraturan Bupati tempat RSUD “X” tersebut beroperasi.

Sumber data diperoleh dari wawancara langsung pada pihak konsultan penghitung tarif layanan di RSUD “X”. Wawancara ini bertujuan untuk memperoleh gambaran detail mengenai proses dari awal yaitu pengelompokan *cost center*, identifikasi setiap biaya, kendala yang dihadapi, penentuan pemicu alokasi hingga sampai pada penentuan tarif pada pelayanan medis (*clinical*) yang disesuaikan dengan Permenkes No. 85 tahun 2015.

Terdapat 7 langkah yang akan diuraikan secara berurutan untuk menganalisis bagaimana perhitungan tarif pelayanan medis (*clinical*) di RSUD “X”. Urutan ini dilakukan oleh konsultan penghitung tarif di RSUD “X”. Ketujuh langkah tersebut mengadopsi dari Shepard (1998) yang juga merupakan panduan yang direkomendasikan UNICEF terkait dengan analisis biaya pada jasa kesehatan.. Berikut adalah ketujuh langkah tersebut yang akan dijadikan urutan analisis beserta pembahasan penghitungan tarif:



HASIL DAN PEMBAHASAN

Dalam penentuan tarif pada RSUD “X”, Langkah-langkah yang dilakukan meliputi 7 tahapan. Pembahasan pada setiap tahapan adalah sebagai berikut:

1. Identifikasi Produk Akhir

Identifikasi produk akhir maksudnya adalah menentukan tujuan dari analisis biaya (*analysis cost*) seperti yang dilakukan oleh Conteh and Walker (2004). Sebelum memulai penghitungan *unit cost* untuk menentukan tarif layanan, maka mengetahui apa yang dimaksud dengan produk akhir atau pada departemen mana *unit cost* tersebut diterapkan penting untuk dilakukan (Conteh and Walker, 2004). Untuk RSUD “X”, hanya pada pelayanan medis (*clinical*) saja *unit cost* tersebut diterapkan, Sehingga nantinya biaya yang muncul pada unit penunjang baik medis maupun non medis, akan dialokasikan ke dalam pelayanan medis. Contoh dari penunjang medis adalah radiologi. Di dalam RSUD “X”, radiologi tidak dilekatkan tarif tersendiri, namun unit radiologi melekat dengan layanan medis dimana unit radiologi tersebut dilakukan. Misalkan radiologi melekat pada Tindakan operasi, dimana Tindakan operasi merupakan pelayanan medis. Maka tarif berlaku pada operasi tersebut dimana tarif yang berlaku pada Tindakan operasi sudah termasuk dengan layanan radiologi.

2. Penentuan Unit Layanan atau Pusat Biaya (*Cost Center*)

Pusat biaya menunjukkan suatu unit pertanggungjawaban dimana biaya muncul dari unit tersebut. Sesuai dengan Permenkes No.85 tahun 2015, maka pengelompokan pusat biaya yang ada dalam RSUD “X” adalah sebagai berikut:

1) Kelompok Penunjang Non Medis (*general*)

Unit yang menyediakan pelayanan kepada pasien baik langsung atau tidak langsung, namun tidak termasuk dalam kelompok unit pelayanan medis dan unit penunjang medis. Yang termasuk dalam unit penunjang non medis adalah administrasi dan manajemen, pemeliharaan sarana dan prasarana, rekam medis dan ruang jenazah.

2) Kelompok Penunjang Medis (*Ancillary*)

Kelompok Penunjang medis merupakan kelompok pelayanan di Rumah Sakit yang berkaitan langsung dengan pasien dan terkait dengan tindakan medis yang diberikan oleh paramedis. Aktivitas yang dilakukan merupakan aktivitas guna menunjang diagnosis yang diambil oleh dokter, aktivitas pendukung pengobatan, dan mempercepat proses kesembuhan pasien unit penunjang (*supporting*) bertugas untuk mendukung unit layanan medis dalam memberikan pelayanan medis. Contoh unit penunjang medis (*ancillary*) adalah laboratorium, radiologi, gizi dan lain-lain.

Pelayanan penunjang medis dalam Permenkes No. 85 tahun 2015 terdapat dalam pasal 12, meliputi pelayanan laboratorium, radiodiagnostik, diagnostik elektromedis, diagnostik khusus, rehabilitasi Medis, darah, farmasi, gizi, pemulasaran jenazah, dan penunjang lainnya.

3) Kelompok Pelayanan Medis (*Clinical*)

Kelompok pelayanan medis merupakan unit yang langsung berhubungan dengan pasien. Yang termasuk dalam pelayanan medis seperti yang tertuang dalam pasal 11 secara

garis besar meliputi layanan rawat darurat, rawat inap, kamar operasi, rawat jalan (poli anak, poli THT, dan lain-lain), persalinan.

Tabel 1
Hasil Pengelompokan Unit Pelayanan RSUD “X”

| Pelayanan Medis | Penunjang Medis /Ancielery | Penunjang Non Medis (general) |
|---|---|--|
| 1. Rawat jalan, yang meliputi: Poli anak, poli jantung, poli THT, poli kandungan, poli gigi, poli penyakit dalam, poli syaraf, poli bedah umum, poli mata, poli rehab medik, poli paru 2. Instalasi Gawat darurat (IGD) 3. Kamar Operasi 4. Rawat inap: Kelas VIP, I, II dan III | 1. Laboratorium 2. Radiologi 3. Laundry dan Pantry 4. Farmasi/Apotik 5. Gizi 6. Unit Tansfusi Darah 7. CSSD | 1. Administrasi dan Manajemen 2. Pemeliharaan Sarana dan Prasarana 3. Rekam Medis 4. Ruang Jenazah 5. Pencegahan Infeksi 6. IPAL 7. Pembangkit Listrik |

3. Identifikasi Biaya

Identifikasi biaya yang terjadi dalam setiap kelompok (penunjang medis/non medis dan pelayanan medis) sangat penting untuk dilakukan. Hal ini karena identifikasi biaya tentunya menjadi dasar dalam penentuan *unit cost* untuk setiap object biaya. Hasil wawancara dengan konsultan penentuan tarif RSUD “X” menunjukkan bahwa ditemukan beberapa kendala terkait penyediaan informasi di dalam RSUD “X”, diantaranya adalah:

- Alokasi dalam beberapa biaya, seperti listrik yang harus dipisahkan berdasarkan pada unit layanan.
- Pencatatan jam penggunaan alat belum tersedia (hanya tersedia jam presensi kehadiran staf yang bertanggungjawab pada alat tersebut). Banyak data yang ketersediaannya terpisah-pisah karena yang bertanggung jawab pada pencatatannya adalah individu yang berbeda.
- Harus dilakukan proses identifikasi aset yang dimiliki oleh RSUD seperti sumber dana aset tersebut dari mana, apakah bersumber dari APBN/APBD, Hibah, atau pendanaan sendiri oleh RSUD. Hal ini dilakukan karena untuk yang berasal dari APBN dan APBD tidak dimasukkan dalam komponen biaya karena merupakan subsidi dari pemerintah, demikian juga untuk aset hibah juga tidak dimasukkan dalam komponen biaya. Sehingga komponen depresiasi dari aset kelompok subsidi

dan hibah tidak masuk dalam komponen biaya depresiasi yang dihitung dalam komponen tarif ini.

- d. Sulit menentukan pemicu terjadinya biaya disetiap unit layanan dan penunjang. Hal ini tentunya akan berpengaruh terhadap proses alokasi biaya penunjang medis/non medis ke dalam unit pelayanan medis.

Dalam penentuan tarif (harga jual) layanan rumah sakit, tentunya diperlukan 3 unsur biaya penting dalam penentuan tarif atau dalam teori akuntansi biaya disebut dengan biaya produksi, yaitu:

1) Biaya Bahan

Dalam perhitungan RSUD "X", biaya bahan identik obat resep dan bahan-bahan lain yang dipergunakan dalam rangka melaksanakan layanan medis. Obat resep ditagihkan tersendiri pada pasien, sehingga tidak dimasukkan dalam tarif layanan pada unit pelayanan medis.

Komponen bahan yang dimasukkan dalam perhitungan tarif pelayanan medis ini adalah komponen bahan habis pakai yang digunakan agar petugas medis dapat melaksanakan tindakan medis pada pasien. Misalnya: sarung tangan karet, masker, alkohol, perban, suntikan, disinfektan, dan lain-lain. Komponen ini pun perlu ditelusur lebih lanjut sumber pendanaan untuk pembeliannya dari mana. Untuk yang pendanaannya bersumber dari APBN dan APBD tidak termasuk dalam komponen penghitungan tarif karena merupakan bentuk subsidi pemerintah.

2) Biaya Tenaga Kerja

Komponen biaya tenaga kerja yang masuk dalam perhitungan tarif adalah komponen biaya gaji yang berasal dari sistem remunerasi. Remunerasi ini bersumber dari alokasi pendapatan jasa pelayanan yang diperoleh oleh RSUD "X". Dengan kata lain, remunerasi adalah gaji atau upah yang dibayarkan pihak RSUD "X" kepada karyawan medis/non medis. Sedangkan gaji dan upah yang bersumber dari APBD ataupun APBN (misalnya: gaji dokter/perawat/pegawai RS atau yang berstatus PNS) tidak dimasukkan dalam perhitungan tarif karena ditanggung pemerintah dan merupakan salah satu bentuk subsidi yang diberikan oleh pemerintah.

Beberapa hal yang menjadi catatan adalah bahwa terkadang seorang staf dapat melakukan dua jenis pekerjaan pada *cost center* yang berbeda atau pada *cost center* yang sama namun pada unit yang berbeda. Seperti seorang perawat melakukan kegiatan administrasi (*general cost center*) dan melakukan kegiatan perawatan pasien di ruang rawat inap (*clinical cost center*). Maka penting untuk mengalokasikan kegiatan perawat tersebut disetiap unit yang ditangani dan penting memiliki informasi waktu penugasan dimasing-masing *cost center* agar dapat dilakukan alokasi yang proporsional.

3) Biaya *Overhead*

Dalam akuntansi biaya, biaya overhead adalah semua biaya yang terjadi dalam proses produksi/jasa selain dari tenaga kerja langsung dan bahan baku. Dari pengertian ini, maka kategori biaya overhead sangat banyak dan beragam. Contohnya adalah biaya

depresiasi peralatan, depresiasi gedung, biaya kebersihan, perawatan alat/mesin, biaya listrik dan lain-lain. Dalam RSUD “X”, biaya depresiasi gedung, biaya depresiasi peralatan medis tidak masuk dalam perhitungan *unit cost*. Hal ini karena gedung, alat medis, tempat tidur, dan semua peralatan yang ada dibiayai oleh APBN/APBD, sehingga tidak dimasukkan dalam perhitungan *unit cost* dan tidak dibebankan pada pasien. Contoh biaya yang termasuk dalam perhitungan tarif adalah biaya listrik, biaya kebersihan, biaya keamanan, biaya pembuangan limbah, bahan habis pakai dll. Dalam lingkungan manajemen RSUD “X”, biaya overhead disebut juga dengan Bahan Habis Pakai (BHP).

4. Input Biaya ke dalam Unit Layanan

Tahap ini adalah melakukan input biaya pada kelompok penunjang yang terdiri dari penunjang medis (*ancillary*) dan penunjang non medis (*general*). Berikut adalah identifikasi biaya dimasing-masing kelompok:

1) Penunjang Non Medis (*general cost center*), meliputi:

a. Administrasi dan Umum

Pusat biaya (*cost center*) ini mencakup pengeluaran untuk barang-barang seperti pengeluaran alat tulis, telepon, biaya pos/jasa pengiriman, persediaan kantor habis pakai, biaya rapat, dan perjalanan. Selain itu terdapat pengeluaran gaji untuk staf administrasi yang bersumber dari non APBD/APBN. Beberapa pengeluaran seringkali sulit dalam praktiknya untuk merinci pengeluaran ini atau untuk melacak arus sebenarnya. Untuk rumah sakit, tugas administrasi biasanya akan dilakukan oleh staf administrasi yang ditunjuk. Tentu saja, beberapa tugas administrasi juga akan dilakukan oleh staf perawat. Untuk melakukan alokasi biaya staf ini tentunya dibutuhkan informasi berupa data jam kerja disetiap unit kerja dan juga dilengkapi dengan wawancara. Biaya-biaya gaji pegawai/staf yang dihitung hanya yang berasal dari pendanaan yang bersumber dari rumah Sakit, bukan yang berasal dari APBD/APBN.

b. Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

Pusat biaya ini meliputi biaya pemeliharaan gedung dan peralatan termasuk gaji pegawai pemeliharaan. Pencatatan biaya berisi rincian pengeluaran berdasarkan informasi harga pada masing-masing item. Biaya yang dibebankan hanya untuk biaya non APBD/APBN.

c. Pemulasaraan Jenazah

Pemulasaraan jenazah berisi pengeluaran untuk perawatan dan penyucian jenazah yang terdiri dari bahan-bahan disinfektan, kain kafan dan habis pakai lain. Biaya peti jenazah tidak termasuk di dalamnya karena untuk peti jenazah menyesuaikan dengan permintaan keluarga pasien. Pada saat penelitian ini disusun, yaitu saat masa pandemic Covid 19, tidak terdapat biaya di luar APBD dan APBN pada pos ini, dikarenakan biaya pada pos ini mendapatkan alokasi dari pemerintah cukup besar terkait dengan adanya wabah Covid 19.

d. Rekam Medis

Rekam medis meliputi kegiatan pengorganisasian dan perawatan catatan medis dari pasien. Biaya yang terjadi di dalam pusat biaya ini adalah biaya remunerasi gaji pegawai bagian rekam medis, biaya peralatan rekam medis, dan biaya stationery bagian rekam medis. Seluruh biaya yang bersumber dari non APBD/APBN dihitung dalam pusat biaya ini.

e. Pencegahan Infeksi

Pencegahan infeksi meliputi aktivitas sterilisasi peralatan rumah sakit dan disinfektan lingkungan baik *indoor* maupun *outdoor*. Seluruh peralatan untuk unit ini berasal dari bantuan pemerintah dan beberapa pembelian bahan habis pakai yang bersumber dari APBD. Komponen biaya lain pada pusat biaya ini adalah biaya gaji dan upah yang masuk dalam kelompok remunerasi yang bersumber dari pendapatan jasa pelayanan rumah sakit.

f. IPAL

Cost Center ini tidak memiliki staf khusus yang bekerja di dalamnya. Penanganan pekerjaan diserahkan pada staf bagian perawatan dan bagian Pembangkit listrik sehingga tidak ada biaya gaji dan upah yang menjadi beban pada *cost center* ini. Biaya yang terjadi hanya berasal dari biaya-biaya rutin yang sebagian besar berasal dari penggunaan vendor luar, seperti jasa sedot WC untuk pembuangan limbah padat yang sudah diolah, dan penggunaan incinerator dari vendor luar rumah sakit.

g. Pembangkit Listrik

Cost center ini meliputi biaya perawatan jaringan listrik internal Rumah Sakit dan operasional genset sebagai cadangan energi pada saat aliran listrik dari PLN padam. Biaya yang masuk dalam pusat biaya ini tidak ada biaya tenaga kerja karena staf yang menangani pembangkit listrik dilakukan oleh bagian perawatan. Komponen biaya hanya berasal dari pembelian bahan bakar genset yang sudah tidak mendapat alokasi dari APBD atau APBN lagi.

2) Penunjang Medis (*ancillary cost center*), meliputi:

a. Radiologi

Radiologi merupakan aktivitas penunjang medis yang memanfaatkan teknologi gelombang radiasi untuk memperoleh gambaran kondisi internal pasien. Dalam kelompok biaya ini biaya terbesar sebenarnya adalah pada komponen depresiasi dari alat-alat radiologi yang sangat mahal, akan tetapi karena di RSUD "X" yang merupakan rumah sakit negeri maka pengadaan peralatan diperoleh dari sumber dana APBN maka input biaya ini tidak termasuk dalam komponen penghitungan tarif. Adapun komponen lain yang masuk adalah biaya remunerasi gaji dan upah serta biaya lain yang terjadi di unit radiologi yang tidak bersumber dari APBN dan APBD.

b. Laboratorium

Unit ini merupakan unit penunjang medis yang bertugas melakukan pengujian-pengujian sampel yang berasal dari pasien yang diminta oleh dokter untuk menegakkan diagnosa penyakit. Pada unit ini beberapa pengujian yang tidak dapat dilakukan sendiri oleh Laboratorium RSUD "X" dilakukan dengan cara outsourcing dengan labolatorium

pada Rumah Sakit lain atau Laboratorium lain. Untuk biaya peralatan dan beberapa bahan di danai dari APBD dan APBN, sehingga perlu dipisahkan untuk bahan-bahan yang non APBN dan APBD. Catatan informasi ini tersedia di RSUD "X" sehingga hanya diperlukan penelusuran yang lebih detail. Adapun biaya lain dalam pusat biaya ini adalah biaya *outsourcing* dan remunerasi tenaga kerja.

c. *Laundry dan Pantry*

Biaya *laundry* dan *pantry* masuk dalam kelompok penunjang medis, karena kegiatan *laundry* dan *pantry* hanya dikhususkan untuk pelayanan pasien dan melekat dalam unit rawat inap. Unit rawat inap merupakan kelompok pelayanan medis (*clinical*) yang dikenai tarif. Biaya *laundry* dan *pantry* meliputi biaya bahan habis pakai seperti deterjen, pemutih, dan pewangi, kemudian biaya tenaga kerja. Biaya-biaya tersebut relatif mudah untuk dicari dan biasanya tercatat dengan rapi.

d. *Farmasi Apotik*

Biaya farmasi Apotik merupakan biaya yang paling penting dalam pelayanan kesehatan. Biaya kefarmasian meliputi biaya obat-obatan, perlengkapan medis dan juga terdapat biaya tenaga kefarmasian. Untuk obat-obatan terkait obat resep, tidak masuk dalam penghitungan tarif, namun dibebankan tersendiri biayanya kepada pasien. Sementara perlengkapan medis tergantung dari jenisnya, ada yang masuk dalam perhitungan tarif, yaitu bila perlengkapan medis tersebut melekat pada unit pelayanan medis. Sementara terdapat perlengkapan medis yang tidak dimasukkan ke dalam perhitungan tarif layanan, namun dikenakan tersendiri pada pasien seperti halnya obat resep.

e. *Gizi*

Terdapat dua layanan pada unit gizi, yaitu katering dan layanan konsultasi gizi. Layanan katering diberikan pada pasien rawat inap berupa penyediaan makan pasien 3 kali sehari dan snack 2 kali sehari. Layanan konsultasi gizi diberikan pada pasien rawat inap dan pasien *ongoing* yang menghendaki ada konsultasi gizi (misal pada pasien rawat jalan diabetes, stroke, dan jantung, maupun pasien diet). Komponen biaya pada unit gizi meliputi komponen tenaga kerja, bahan makanan, gas, dan peralatan. Untuk tenaga kerja, dan peralatan perlu dipisahkan untuk yang bersumber dari APBD dan APBN.

f. *Unit Transfusi Darah*

Unit ini melayani pelaksanaan donor darah, distribusi darah, dan penyediaan darah untuk pasien rumah sakit. Pada unit ini seluruh peralatan dan bahan dibiayai oleh APBD dan APBN, sehingga untuk komponen biaya pada pusat biaya yang dimasukkan tarif hanya terdiri dari biaya remunerasi untuk tenaga kerja yang bekerja dalam unit transfuse darah.

g. *Central Sterile Supply Department (CSSD)*

CSSD atau *Central Sterile Supply Departement* merupakan unit khusus yang diadakan terkait dengan adanya wabah Covid 19. Unit ini bertanggung jawab untuk melakukan sterilisasi terhadap alat-alat yang digunakan pada bagian perawatan Covid 19. Komponen biaya CSSD hanya berasal dari biaya tenaga kerja yang Non APBD/APBN, karena alat dan bahan mendapatkan subsidi khusus dari pemerintah.

5. Alokasi Biaya Penunjang (Medis/Non Medis) Ke Unit Pelayanan Medis (produk akhir)

Alokasi biaya dari unit pembantu ke unit Pelayanan medis menggunakan metode stepdown. Dimulai dari unit Administrasi dan Manajemen yang biayanya dialokasikan ke semua unit lain (ke Pemeliharaan Rumah Sakit, Pemulasaraan Jenazah, Rekam Medis, Pencegahan Infeksi, IPAL, Pembangkit Listrik, unit dalam kelompok Penunjang Medis, dan unit dalam kelompok Pelayanan Medis), kemudian alokasi kedua adalah unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit. Alokasi di unit Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit dilakukan setelah menerima alokasi dari Administrasi dan Manajemen, total biayanya dialokasikan ke semua unit lainnya. Begitu seterusnya sampai semua biaya di unit penunjang non medis dan unit penunjang medis teralokasikan semua ke dalam unit pelayanan medis.

Dalam pengalokasian biaya di unit penunjang (medis/non medis), kunci akurasi alokasi sebenarnya ada pada penentuan pemicu aktivitas yang dijadikan sebagai dasar alokasi (cost driver). Semakin sebuah cost driver mencerminkan penyebab munculnya biaya disebuah cost center maka akan semakin akurat alokasinya. Kendala yang dihadapi pada kasus di RSUD "X" adalah tidak tersedianya data atau catatan untuk cost driver dari setiap akun biaya yang dicatat pada setiap pusat biaya. Misalnya catatan jam tenaga kerja pada penggunaan mesin-mesin radiologi atau jam operasional mesin tidak tersedia. Data yang tersedia pada bagian radiologi hanya data jumlah pegawai (dengan meminta ke bagian sumber daya manusia) dan luas lantai bagian radiologi (dengan dilakukan pengukuran oleh konsultan). Demikian juga pada unit-unit yang lainnya. Akhirnya dengan adanya keterbatasan data yang tersedia maka dipilihlah penggunaan luas lantai sebagai dasar alokasi biaya dari suatu pusat biaya ke pusat biaya lainnya. Penggunaan luas lantai sebagai dasar alokasi ini tentu saja menjadikan alokasi biaya menjadi kurang handal.

Tabel 2
Alokasi Biaya dengan Metode Bertahap (Stepdown)

| Penunjang Non Medis (general) | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|---|--|
| No | Pusat Biaya (cost Center) | Dasar Alokasi | Pengalokasian |
| 1 | Administrasi dan Manajemen | Luas Lantai (Floor space) | Administrasi dan manajemen dialokasi ke bagian ancillary dan clinical |
| 2 | Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit | Luas Lantai (Floor space) | Pemeliharaan sarana rumah sakit dialokasi ke bagian ancillary dan clinical |
| 3 | Pemulasaran Jenazah | Luas Lantai (Floor space) | Pemulasaran jenazah dialokasi ke bagian ancillary dan clinical |
| 4 | Rekam Medis | Pendaftaran Rawat Inap dan Pasien Rawat jalan | Rekam medis dialokasi ke bagian ancillary dan clinical |

| 5 | Pencegahan Infeksi | Luas Lantai (Floor space) | Pencegahan infeksi dialokasi ke bagian <i>ancillary</i> dan <i>clinical</i> |
|------------------------------------|------------------------------------|--|---|
| 6 | IPAL | Luas Lantai (Floor space) | IPAL dialokasi ke bagian dialokasi ke bagian <i>ancillary</i> dan <i>clinical</i> |
| 7 | Pembangkit listrik | Luas Lantai (Floor space) | Pembangkit listrik dialokasi ke bagian <i>ancillary</i> dan <i>clinical</i> |
| Penunjang medis (Ancillary) | | | |
| No | Pusat Biaya (<i>cost Center</i>) | Dasar Alokasi | Pengalokasian |
| 1 | Radiologi | Persentase radiologi yang dikonsumsi | Radiologi dialokasi ke bagian <i>clinical</i> |
| 2 | Laboratorium | Persentase laboratorium yang dikonsumsi | Laboratorium dialokasi ke bagian <i>clinical</i> |
| 3 | Laundry dan Pantry | Persentase laundry dan pantry yang dikonsumsi | Laundry dan pantry dialokasi ke bagian <i>clinical</i> |
| 4 | Farmasi Apotik | Persentase farmasi apotik yang dikonsumsi | Farmasi apotik dialokasi ke bagian <i>clinical</i> |
| 5 | Gizi | Persentase gizi yang dikonsumsi | Gizi dialokasi ke bagian <i>clinical</i> |
| 6 | Unit Transfusi Darah | Persentase Unit tranfusi darah yang dikonsumsi | Unit transfusi darah dialokasi ke bagian <i>clinical</i> |
| 7 | CSSD | Persentase CSSD yang dikonsumsi. | CSSD dialokasi ke bagian <i>clinical</i> |

6. Penentuan Total cost dan Unit Cost

Dalam kasus penentuan tarif RSUD “X”, yang dijadikan pertimbangan oleh pihak yang melakukan penghitungan tarif adalah sebagai berikut (data diperoleh dari wawancara):

1. Laba yang diinginkan, yaitu nilai persentase markup dari total biaya yang diperoleh.
2. Jasa pelayanan medis, dalam hal ini mengacu pada Permenkes no 21 tahun 2016 yaitu maksimal 60% dari total jasa pelayanan
3. Biaya pokok adalah biaya obat, bahan habis pakai (perban, alcohol, handsanitizer dll),
4. Biaya Overhead, seperti biaya listrik, air, perawatan, kebersihan,
5. Biaya makan pasien rawat inap.
6. Biaya administrasi
7. Biaya pemasaran

Unit cost diperoleh dari *total cost* dibagi dengan jumlah jasa pelayanan pada masing-masing unit dalam *clinical*, seperti poli anak, poli paru, kamar inap VIP dan lain-lain. *Total cost* diperoleh dari hasil alokasi penunjang medis (*ancillary*) dan penunjang non medis (*general*) ke dalam pelayanan medis (*clinical*). Sehingga total

cost disini terlihat dari nilai pada masing-masing unit yang ada dalam pelayanan medis (*clinical*).

Pusat biaya *clinical* terdiri dari rawat jalan (berbagai poliklinik), rawat inap (kamar VIP, kelas 1, kelas 2), dan IGD. Untuk memahami perhitungan tarif, akan diambilkan contoh pada salah satu layanan rawat jalan, yaitu poliklinik gigi. Total cost yang terjadi dalam poliklinik gigi merupakan alokasi dari *general* dan *ancillary* ke dalam poliklinik gigi dan dijumlahkan dengan biaya yang muncul dari poliklinik gigi itu sendiri. Selanjutnya perhitungan *unit cost* pada poliklinik gigi dilakukan untuk setiap tindakan yang dilakukan di poliklinik gigi. Berikut adalah beberapa tindakan dalam poliklinik gigi yang akan dikenakan tarif:

- a. Tindakan Penambalan Amalgam
- b. Tindakan Penambalan composite
- c. Tindakan Pembersihan karang gigi
- d. Tindakan Pencabutan gigi susu
- e. Tindakan Pulp capping
- f. Tindakan Pengisian saluran akar
- g. Dan lain-lain.

Cara di dalam mengalokasikan dari poliklinik gigi ke dalam tindakan-tindakan yang ada dalam poliklinik gigi adalah dengan menggunakan persentase masing-masing tindakan dibagi dengan total tindakan diprediksi dalam poliklinik gigi dan dikalikan dengan biaya yang terjadi pada poliklinik gigi setelah mendapatkan alokasi dari *general* dan *ancillary*.

7. Laporan hasil

Laporan hasil untuk perhitungan tarif pada RSUD X diberikan dalam dua bentuk laporan, yaitu: pertama berupa laporan lengkap penghitungan tarif yang berlaku dilengkapi dengan penjelasan asumsi-asumsi yang dipergunakan dalam perhitungan tarif. Laporan ini diberikan kepada manajemen yang selanjutnya akan dipergunakan sebagai acuan dalam pembuatan kebijakan manajemen yang terkait dengan tarif jasa pelayanan baik yang bersifat taktis maupun strategis. Selanjutnya, oleh pihak manajemen, laporan tarif ini diajukan ke Pemerintah daerah untuk dijadikan peraturan daerah melalui Perbub (Peraturan Bupati). Semua tarif atas Tindakan medis yang ada di RSUD harus masuk dalam Peraturan Bupati. Apabila ada tindakan medis yang dilakukan oleh RSUD diluar dari yang tercantum dalam Peraturan Bupati, maka pihak RSUD tidak diperbolehkan menarik jasa layanan tindakan medis tersebut kepada pasien. Penjelasan asumsi-asumsi yang dipergunakan dalam perhitungan tarif ini sangat penting dipahami oleh manajemen, apalagi terkait dengan beberapa kelemahan asumsi dalam perhitungan. Hal tersebut penting agar ke depannya manajemen dapat melakukan perbaikan-perbaikan, terutama terkait dengan ketersediaan data agar perhitungan tarif ke depannya dapat dilakukan secara lebih akurat.

Kedua, berupa buku tarif ringkas yang dapat dibagikan kepada stakeholder RSUD “X” sehingga mereka dapat mengetahui tarif-tarif layanan di RSUD “X”. dalam laporan yang kedua ini hanya berisi hasil akhir berupa tarif yang diberlakukan kepada pasien, tanpa penjelasan metode perhitungan dan asumsi yang digunakan.

Simpulan

Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai identifikasi biaya-biaya yang menjadi pertimbangan dalam perhitungan tarif di RSUD “X”, mengetahui secara detail urutan dalam menghitung tarif pelayanan medis (*clinical*). Penelitian ini menggunakan sumber data berupa wawancara langsung pada konsultan sebagai penghitung tarif. Disamping itu juga terdapat data mengenai identifikasi biaya medis, biaya penunjang medis/non medis yang ada di RSUD “X”.

Terdapat tujuh langkah yang digunakan untuk menentukan tarif dalam unit layanan medis di RSUD “X”. Langkah-langkah tersebut diadopsi dari Shephard (1998) dan juga tetap berpegang pada Permenkes No 85 tahun 2015. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam perhitungan tarif, harus diidentifikasi terlebih dahulu setiap *cost center* yang ada di RSUD “X” dan unit apa saja yang termasuk dalam *cost center* tersebut. Terdapat 3 *cost center* untuk penentuan tarif yang umumnya terdapat di semua rumah sakit, yaitu penunjang medis, penunjang non medis dan pelayanan medis.

Salah satu langkah terpenting dalam penelitian ini adalah mengalokasikan unit penunjang medis dan non medis ke dalam pelayanan medis, karena yang disebut produk yang akan dikenakan tarif adalah pelayanan medis. Dasar penentuan tarif yang digunakan Sebagian besar adalah luas lantai. Alasan menggunakan luas lantai adalah karena dipandang informasi luas lantai dalam tiap *cost center* tersedia. Bila tidak tersedia, melakukan pengukuran setiap ruangan pun mudah untuk dilakukan. Penentuan setiap biaya yang terjadi di dalam rumah sakit harus dilakukan, seperti menentukan biaya mana saja yang termasuk dalam kelompok pembiayaan dengan APBN/APBD dan kelompok non APBD/APBN (remunerasi, pembelian bahan habis pakai, dll).

Adanya kelompok biaya yang dibiayai oleh APBN/APBD tentunya menjadikan penentuan tarif di rumah sakit pemerintah akan berbeda dengan rumah sakit swasta. Secara logika tentunya rumah sakit pemerintah akan memberikan tarif layanan medis yang lebih murah dibandingkan rumah sakit swasta yang selevel. Hal ini karena banyak fasilitas yang disediakan negara seperti Gedung, peralatan medis, dan gaji dokter dan perawat serta tenaga lainnya yang mendapatkan gaji dari pemerintah.

Penentuan tarif dengan *unit cost* selanjutnya diperoleh dengan mengalokasikan masing-masing unit pelayanan medis ke dalam berbagai poliklinik (untuk rawat jalan), jenis kamar (kamar VIP, kelas 1, kelas 2) dan IGD. Selanjutnya masing-masing poliklinik dialokasikan ke setiap tindakan yang berada dalam masing-masing unit rawat jalan, rawat inap dan IGD. Tindakan dalam pelayanan medis ini yang akan dilekatkan tarif.

Daftar Pustaka

- Bunga, Petrus Tandi (2017). (Analisis Biaya Satuan (Unit Cost) Pada Pelayanan Kesehatan Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Tora Belo di Kabupaten Sigi Provinsi Sulawesi Tengah. E Jurnal Katalogis, Vol. 5, No. 5
- Hani, Tri Muhammad. Perhitungan Unit Cost (UC) dan Penyusunan Tarif Rumah Sakit Dengan Metode Double Distribution (DD), ISBN: 978-623-209-838-1. Juli 2019. Books Google
- Marvia, Eva (2015), Analisis Perhitungan Unit Cost Pelayanan Hemodialisa dengan Pendekatan ABC (Studi Kasus di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit 1). Jurnal Valid
- Mulyadi (1993). Akuntansi Biaya, Penerbit Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi YKPN, Yogyakarta
- Oashttamadea, Ressa, Manjas, Menkher & Yurniwati (2019). Analisis Unit Cost Pelayanan Unit Laboratorium Rumah Sakit Naili DBS Tahun 2017 dengan Metode Activity Based Costing (ABC). Jurnal Kesehatan Andalas
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, No. 85 Tahun 2015 tentang Pola Tarif nasional Rumah Sakit
- Sudirman, Indrianty (2020) Strategi Penetapan Tarif Rumah Sakit Berdasarkan Unit Cost. Penerbit Nas Media Pustaka, Makassar
- Shepard, Donald S; Hodgkin, Dominic; Anthony, Yvonne (1998). Analysis of Hospital Costs: a annual for managers. Institute of Health Policy. Heller School Brandeis University, Waltham
- Conteh, Lesong; Walker, Damian (2004). Cost and Unit Calculations using Step-Down Accounting. Health Policy and Planning
- Shields, M (1995). An Empirical Analysis of Firms' Implementation Experiences with Activity-Based Costing. Journal of Management accounting Research