



**PENGARUH PENERAPAN METODE ACTIVITY BASED COSTING
DALAM MENENTUKAN TARIF RAWAT INAP TERHADAP
PENINGKATAN LABA PADA RSUD R. SYAMSUDIN, SH**

Skripsi

Diajukan Oleh :

Suci Anisa

021106179

**FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS PAKUAN**

BOGOR

2010

**PENGARUH PENERAPAN METODE ACTIVITY BASED COSTING
DALAM MENENTUKAN TARIF RAWAT INAP TERHADAP
PENINGKATAN LABA PADA RSUD R. SYAMSUDIN, SH**

Skripsi

Diajukan sebagai salah satu syarat dalam mencapai gelar Sarjana Ekonomi
Jurusan Manajemen pada Fakultas Ekonomi Universitas Pakuan
Bogor

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ekonomi



Prof. Dr. Eddy Mulyadi Soepardi, MM., SE., Ak)

Ketua Jurusan



(H. Karma Syarif, MM., SE.)

**PENGARUH PENERAPAN METODE ACTIVITY BASED COSTING
DALAM MENENTUKAN TARIF RAWAT INAP TERHADAP
PENINGKATAN LABA PADA RSUD R. SYAMSUDIN, SH**

Skripsi

Telah disidangkan dan dinyatakan lulus
Pada Hari : Rabu Tanggal : 27 / 10 / 2010

Suci Anisa
021106179

Menyetujui,

Dosen Penilai



(H. Soemarno., MBA., SE)

Pembimbing

Co. Pembimbing



(Edhi Asmirantho, MM., SE.)



(Herdiyana, MM., SE.)

ABSTRAK

SUCI ANISA. NPM 021106179. Pengaruh Penerapan Metode Activity Based Costing Dalam Menentukan Tarif Rawat Inap Terhadap Peningkatan Laba Pada RSUD R.Syamsudin,SH. Dibawah bimbingan EDHI ASMIRANTHO dan HERDIYANA.

Dalam setiap rumah sakit tarif memegang peranan yang cukup penting, karena tinggi rendahnya tarif yang ditetapkan oleh sebuah manajemen rumah sakit dapat dijadikan sebagai dasar pengukuran semaksimal apa pelayanan kesehatan tersebut yang diberikan oleh sebuah rumah sakit. Selain itu tinggi rendahnya tarif yang ditetapkan berpengaruh pada besar kecilnya laba yang diharapkan oleh manajemen rumah sakit. penetapan tarif rawat inap merupakan salah satu hal yang penting dan membutuhkan pengendalian serta analisa sistematis. Kesalahan yang paling umum adalah penetapan tarif yang terlalu berorientasi pada biaya, tarif kurang bervariasi untuk berbagai macam produk dengan segmen pasar. Karena adanya tingkat keparahan pasien yang memerlukan perawatan dan pemantauan yang berbeda. Salah satu metode dalam menentukan tarif rawat inap yang dianggap relatif akurat yaitu dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* untuk mendapatkan tarif yang mendekati kenyataan.

Tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui peningkatan laba, untuk mengetahui perhitungan tarif rawat inap dan untuk mengetahui pengaruh penerapan metode *activity based costing* dalam menentukan tarif rawat inap terhadap peningkatan laba pada RSUD R.Syamsudin,SH

Metode penelitian yang dilakukan penulis adalah studi kasus. Teknik penelitian yang digunakan oleh penulis sebagai pedoman dalam penyusunan skripsi ini adalah statistic kualitatif. Metode yang digunakan penulis dalam skripsi ini adalah deskriptif. Alat analisis yang digunakan adalah penentuan tarif rawat inap berdasarkan *activity based costing* yang terdiri dari biaya *overhead* yang dihitung berdasarkan aktivitas dan peningkatan laba yang merupakan perbandingan pendapatan antara metode tradisional dengan metode *activity based costing*.

Peningkatan laba kotor pada RSUD R. Syamsudin,SH belum optimal sesuai dengan hipotesis yang pertama dimana terdapat selisih laba kotor antara metode non *Activity Based Costing* yang digunakan oleh rumah sakit dengan metode *Activity Based Costing* dari tahun 2007-2009, sebaiknya rumah sakit menggunakan metode *Activity Based Costing* untuk memperoleh laba kotor yang lebih mendekati kenyataan sesuai dengan tingkat keparahan pasien.

Penentuan tarif jasa rawat inap pada RSUD R. Syamsudin,SH belum efisien, karena rumah sakit belum bisa menentukan metode yang tepat dalam menentukan tarif rawat inap sesuai dengan hipotesis yang kedua dikarenakan adanya pembebanan biaya yang tidak adil pada ruang rawat inap kelas 1, sebaiknya rumah sakit mencoba menggunakan metode *Activity Based Costing* yang menghitung biaya berdasarkan aktivitas yang terjadi pada ruang rawat inap kelas 1 RSUD R. Syamsudin,SH. Sehingga dapat diperoleh tarif rawat inap yang sesuai dengan tingkat keparahan pasien.

Penerapan *Activity Based Costing* dalam menentukan tarif rawat inap berpengaruh terhadap peningkatan laba pada RSUD R.Syamsudin,SH sesuai dengan hipotesis ketiga, dimana setelah penulis menganalisis penentuan tarif rawat inap dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* ternyata terdapat pengaruh antara tarif dengan metode *Activity Based Costing* terhadap peningkatan laba pada rang rawat inap kelas 1.

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohim

Dengan mengucap puji dan syukur kehadirat ALLAH SWT karena dengan rahmat, hidayah dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan skripsi dengan judul : “Pengaruh Penerapan Metode *Activity Based Costing* Dalam Menentukan Tarif Rawat inap Terhadap Peningkatan Laba Pada RSUD R. Syamsudin, SH” guna memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar sarjana ekonomi pada Fakultas Ekonomi Universitas Pakuan, Bogor. Shalawat serta salam semoga tercurah bagi uswah hasanah Nabi besar Muhammad SAW, kepada keluarganya, sahabatnya dan semoga kita dapat menjadi pengikutnya yang istiqomah.

Dengan kerja keras penulis serta bantuan dari beberapa pihak baik berupa bimbingan, pengarahan, penyediaan data serta dukungan moril maupun materil, segala kesulitan dalam penyusunan skripsi ini dapat teratasi. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan terima kasih kepada semua pihak, diantaranya :

- 1) ALLAH SWT atas segala nikmat dan rahmat-Nya yang sangat luar biasa.
- 2) Orang tua tercinta, Apa dan Ibu yang selalu memberikan dukungan dalam segala do'a, nasihat, kasih sayang yang sangat tidak ternilai yang tak dapat ku balas sampai kapanpun, serta Adik-adikku tersayang AA (Septian), Acil (Naufal) dan Nabila atas do'a dan dukungannya.

- 3) Bapak Prof. Dr. Eddy Mulyadi Soepardi, MM., SE., Ak. selaku Dekan Fakultas Ekonomi Universitas Pakuan..
- 4) Bapak H. Karma Syarif, MM., SE., selaku Ketua Jurusan Manajemen Fakultas Ekonomi Universitas Pakuan.
- 5) Ibu Lesti Hartati, SE., MBA., selaku Sekretaris Jurusan Manajemen Fakultas Ekonomi Universitas Pakuan.
- 6) Bapak Edhi Asmiranto., MM., SE., selaku Pembimbing Utama dalam penulisan skripsi ini yang telah membantu membimbing dan mengarahkan penulis sehingga skripsi dapat terselesaikan dengan baik.
- 7) Bapak Herdiyana, MM., SE, selaku Co.Pembimbing dalam penulisan skripsi ini yang telah membantu membimbing dan mengarahkan penulis sehingga skripsi dapat terselesaikan dengan baik.
- 8) Seluruh Dosen dan Staff Tata Usaha Jurusan Manajemen Fakultas Ekonomi Universitas Pakuan.
- 9) Bapak Yanto Sucipto dan Ibu Yayah Nurjanah yang sangat membantu penulis dalam memperoleh data pada RSUD R.Syamsudin,SH sehingga skripsi dapat terselesaikan dengan baik.
- 10) Tengku Mirza Irawansyah, atas banyak bantuannya dan banyak perhatiannya "*hatur nuhun boy*".
- 11) Sahabat-sahabatku Wayan, Dera Putri, Amel, Dera Suse, Ragil, Ina, Ghina yang selalu memberikan motivasi dan keceriaan sewaktu masa-masa kuliah dan teman-teman kelas yang tidak dapat disebutkan satu persatu.

12) Kawan-kawan seperjuangan siding skripsi dan kompre Dina, Mila, Ibnu, Erwan, Rona, Sahrul, dan yang tidak dapat disebutkan satu persatu. Semoga perjuangan kita kemrin menjadi motivasi untuk terus mencapai kesuksesan.amin.

13) Dan semua pihak yang telah memberikan bantuan secara langsung maupun tidak langsung dalam penulisan skripsi ini, terima kasih banyak.

Dengan segala kerendahan hati, penulis berharap skripsi ini dapat berguna bagi semua pihak yang menyempatkan untuk membacanya, Amin..

Suci Anisa

DAFTAR ISI

JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang Penelitian	1
1.2 Perumusan dan Identifikasi Masalah	10
1.2.1 Perumusan Masalah	10
1.2.2 Identifikasi Masalah	11
1.3 Maksud dan Tujuan Penelitian	12
1.3.1 Maksud Penelitian	12
1.3.2 Tujuan Penelitian	12
1.4 Kegunaan Penelitian	13
1.5 Kerangka Pemikiran dan Paradigma Penelitian	14
1.5.1 Kerangka Pemikiran	14
1.5.2 Paradigma Penelitian	19
1.6 Hipotesis Penelitian	20
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Akuntansi Manajemen	21
2.1.1 Pengertian Akuntansi Manajemen	21
2.1.2 Fungsi Akuntansi Manajemen	22
2.1.3 Tujuan Akuntansi Manajemen	24
2.2 Biaya	25
2.2.1 Konsep Biaya	25
2.2.2 Klasifikasi Biaya	26
2.2.3 Sumber Biaya Rumah Sakit	29
2.2.4 Macam Biaya Rumah Sakit	30
2.2.5 Pusat-Pusat Biaya Rumah Sakit	32
2.3 <i>Activity Based Costing</i>	33
2.3.1 Tujuan Perhitungan <i>Activity Based costing</i>	34
2.3.2 Manfaat Perhitungan <i>Activity Based costing</i>	35
2.3.3 Kelebihan Perhitungan <i>Activity Based costing</i>	36
2.3.4 Kelemahan Perhitungan <i>Activity Based costing</i>	37
2.3.5 Konsep Dasar <i>Activity Based costing</i>	38
2.3.6 Klasifikasi Aktivitas	39
2.3.7 <i>Activity Based costing</i> Dalam Konteks Jasa	40

2.4	Tarif Pelayanan Kesehatan.....	44
2.4.1	Pengertian Tarif.....	44
2.4.2	Konsep Penetapan Tarif Pelayanan Kesehatan	45
2.4.3	Tujuan Penetapan Tarif Pelayanan Kesehatan	46
2.4.4	Proses penetapan Tarif Pelayanan Kesehatan	47
2.5	Laba.....	50
2.5.1	Pengertian Laba.....	50
2.5.2	Pengertian Perencanaan Laba.....	50
2.5.3	Pengertian Laba Kotor.....	51
2.5.4	Analisis Laba Kotor.....	52
2.6	Pengaruh Penerapan Metode Activity Based Costing Dalam Menentukan Tarif Rawat Inap Terhadap Peningkatan Laba.....	53

BAB III OBJEK DAN METODE PENELITIAN

3.1	Objek Penelitian	55
3.2	Metode Penelitian.....	56
3.2.1	Desain Penelitian.....	56
3.2.2	Operasionalisasi Variabel.....	58
3.2.3	Prosedur Pengumpulan Data	58
3.2.4	Metode Analisis.....	59

BAB IV PEMBAHASAN

4.1	Gambaran Umum Rumah Sakit	62
4.1.1	Sejarah dan Perkembangan Rumah Sakit.....	62
4.1.2	Struktur Organisasi, Visi Misi dan Fasilitas Rumah Sakit.....	67
4.1.2.1	Struktur Organisasi Rumah Sakit.....	67
4.1.2.2	Visi dan Misi Rumah Sakit	77
4.1.2.3	Data Umum dan Fasilitas Rumah Sakit	78
4.2	Hasil Pembahasan	90
4.2.1	Mengidentifikasi Peningkatan Laba Pada RSUD R.Syamsudin,SH	91
4.2.2	Mengidentifikasi Penentuan Tarif Rawat Inap Pada RSUD R.Syamsudin,SH	95
4.2.3	Mengidentifikasi Pengaruh Penerapan Metode Activity Based Costing Dalam Menentukan Tarif Rawat Inap Terhadap Peningkatan Laba Pada RSUD R.Syamsudin,SH ..	100
4.2.3.1	Perhitungan Tarif Rawat Inap Dan Penentuan Laba Dengan Menggunakan Metode <i>Activity Based Costing</i>	100
4.2.3.2	Peningkatan Laba	118
4.2.3.3	Pengaruh Penerapan Metode Activity Based Costing Dalam Menentukan Tarif Rawat Inap Terhadap Peningkatan Laba Pada RSUD R.Syamsudin,SH	120

BAB V SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan.....	126
5.2 Saran.....	127

JADWAL PENELITIAN

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 1	Anggaran dan Realisasi Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2007	3
Tabel 2	Anggaran dan Realisasi Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2008	3
Tabel 3	Anggaran dan Realisasi Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2009	4
Tabel 4	Perubahan Laporan Laba Rugi Tahun 2007-2009	5
Tabel 5	Penentuan Tarif Rawat Inap Pada RSUD R.Syamsudin,SH.....	9
Tabel 6	Operasionalisasi Variabel	58
Tabel 7	Data Kelas Rawat Inap Pada RSUD R.Syamsudin,SH.....	83
Tabel 8	Anggaran dan Realisasi Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2007	91
Tabel 9	Anggaran dan Realisasi Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2008	92
Tabel 10	Anggaran dan Realisasi Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2009	93
Tabel 11	Perubahan Laporan Laba Rugi Tahun 2007-2009	94
Tabel 12	Data Biaya Rawat Inap Kelas 1 Pada RSUD R.Syamsudin,SH Tahun 2007.....	95
Tabel 13	Penentuan Tarif Kelas 1 Pada RSUD R.Syamsudin,SH Tahun 2007.....	96
Tabel 14	Data Biaya Rawat Inap Kelas 1 Pada RSUD R.Syamsudin,SH 2008	97
Tabel 15	Penentuan Tarif Kelas 1 Pada RSUD R.Syamsudin,SH Tahun 2008.....	98
Tabel 16	Data Biaya Rawat Inap Kelas 1 Pada RSUD R.Syamsudin,SH 2009	98
Tabel 17	Penentuan Tarif Kelas 1 Pada RSUD R.Syamsudin,SH Tahun 2009.....	99
Tabel 18	Penggolongan Biaya Unit Rawat Inap Dalam <i>Cost Pool</i> dan <i>Cost Driver</i>	106
Tabel 19	Total Biaya <i>Cost Pool</i> Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2007	107
Tabel 20	Data Penggunaan <i>Cost Driver</i> Menurut Tingkat Keparahan Pasien Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2007.....	108
Tabel 21	Pembebanan Biaya Aktivitas/ <i>Cost Driver</i> Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2007	109
Tabel 22	Penentuan Tarif Rawat Inap Unit Rawat Inap Kelas 1 Dengan Metode <i>Activity Based Costing</i> Tahun 2007	110
Tabel 23	Laporan Laba Rugi Unit Rawat Inap Kelas 1 Dengan Metode <i>Activity Based Costing</i> Tahun 2007	110
Tabel 24	Total Biaya <i>Cost Pool</i> Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2008	111
Tabel 25	Data Penggunaan <i>Cost Driver</i> Menurut Tingkat Keparahan Pasien Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2008.....	112
Tabel 26	Pembebanan Biaya Aktivitas/ <i>Cost Driver</i> Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2008	113
Tabel 27	Penentuan Tarif Rawat Inap Unit Rawat Inap Kelas 1 Dengan Metode <i>Activity Based Costing</i> Tahun 2008.....	114
Tabel 28	Laporan Laba Rugi Unit Rawat Inap Kelas 1 Dengan Metode <i>Activity Based Costing</i> Tahun 2008	114
Tabel 29	Total Biaya <i>Cost Pool</i> Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2009	115
Tabel 30	Data Penggunaan <i>Cost Driver</i> Menurut Tingkat Keparahan Pasien Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2009.....	116
Tabel 31	Pembebanan Biaya Aktivitas/ <i>Cost Driver</i> Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2009	117

Tabel 32	Penentuan Tarif Rawat Inap Unit Rawat Inap Kelas 1 Dengan Metode <i>Activity Based Costing</i> Tahun 2009	117
Tabel 33	Laporan Laba Rugi Unit Rawat Inap Kelas 1 Dengan Metode <i>Activity Based Costing</i> Tahun 2009	118

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1	Paradigma Penelitian	19
Gambar 2	Konsep Dasar <i>Activity Based Costing</i> Menurut Cooper & Kaplan (1991,269).....	38
Gambar 3	Struktur Organisasi RSUD R.Syamsudin,SH	67
Gambar 4	Alur Kegiatan Penelitian Pada RSUD R.Syamsudin,SH.....	100

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Riset Perusahaan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Penelitian

Rumah sakit adalah salah satu organisasi yang umumnya bersifat non profit yang mempunyai tujuan memberikan pelayanan kesehatan menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara merata dengan mengutamakan upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Berdasarkan peraturan Th.1988 No.159b/Men-Kes/II/1988 Bab II Pasal 3, rumah sakit dapat dimiliki dan diselenggarakan baik oleh pemerintah maupun pihak swasta. Rumah sakit pemerintah dimiliki dan diselenggarakan oleh Departemen Kesehatan, Pemerintah Daerah, ABRI serta Badan Usaha Milik Negara. Sedangkan rumah sakit swasta pada umumnya dimiliki dan diselenggarakan oleh yayasan serta badan hukum lainnya yang bersifat sosial.

Menurut Trisnantoro (2006,29) berdasarkan pengaruh sejarah terdapat berbagai jenis pemilikan rumah sakit di Indonesia yaitu :

- 1) Rumah sakit milik pemerintah
- 2) Rumah sakit milik militer
- 3) Rumah sakit milik yayasan keagamaan dan kemanusiaan
- 4) Rumah sakit swasta milik Dokter
- 5) Rumah sakit swasta milik perusahaan yang mencari keuntungan
- 6) Rumah sakit milik badan usaha milik Negara

Tugas utama rumah sakit adalah memberikan jasa pengobatan, perawatan dan pelayanan kesehatan. Dalam memberikan jasa pelayanan

harus direncanakan dengan baik agar manajemen dapat mencapainya secara efektif. Darsono Prawironegoro (2005, 121).

Dibawah ini data laporan laba rugi RSUD R.Syamsudin, SH pada tahun 2007 - 2009.

Tabel 1
Anggaran & Realisasi Unit Rawat Inap Kelas I
Tahun 2007

Keterangan	Anggaran	%	Realisasi	%
Pendapatan	957.800.000	100	978.450.000	100
Total Biaya	863.403.223,8	90,14	907.947.259.	92,08
Laba kotor	94.396.774,2	9,86	70.502.741	7,92

Sumber: RSUD R. Syamsudin, SH Sukabumi

Tabel 2
Anggaran & Realisasi Unit Rawat Inap Kelas I
Tahun 2008

Keterangan	Anggaran	%	Realisasi	%
Pendapatan	962.500.000	100	937.500.000	100
Total Biaya	886.395.219,3	92,09	869.322.879,1	92,73
Laba kotor	76.104.780,7	7,91	68.177.120,9	7,27

Sumber: RSUD R. Syamsudin, SH Sukabumi

Tabel 3
 Anggaran & Realisasi Unit Rawat Inap Kelas I
 Tahun 2009

Keterangan	Anggaran	%	Realisasi	%
Pendapatan	959.520.000	100	988.450.000	100
Total Biaya	881.873.474,8	91,91	907.491.465,6	91,81
Laba kotor	77.376.525,2	8,09	80.958.534,4	8,19

Sumber: RSUD R. Syamsudin, SH Sukabumi

Berdasarkan tabel anggaran dan realisasi unit rawat inap kelas I. pada tahun 2007 anggaran pendapatan sebesar Rp957.800.000 dan realisasinya sebesar Rp978.450.000, anggaran harga pokok sebesar Rp873.403.225,8 dan realisasinya sebesar Rp900.947.259, anggaran laba sebesar Rp84.396.774,2 dan realisasinya sebesar Rp77.502.741. Dapat dilihat tahun 2007 pendapatan dapat mencapai bahkan melebihi target yang dianggarkan namun untuk laba tidak dapat mencapai target yang telah dianggarkan sehingga mengakibatkan *unfavourable*.

Pada tahun 2008 anggaran pendapatan sebesar Rp962.500.000 dan realisasinya sebesar 937.500.000, anggaran harga pokok sebesar Rp886.395.454,3 dan realisasinya sebesar Rp869.322.879,1, anggaran laba sebesar Rp76.104.780,7 dan realisasinya sebesar Rp68.177.120,9. Dapat dilihat untuk tahun 2008 mengalami penurunan dari tahun sebelumnya yaitu 2007, disamping itu pada tahun 2008 juga tidak dapat memenuhi target yang telah dianggarkan sehingga mengakibatkan *unfavourable*.

Pada tahun 2009 anggaran pendapatan sebesar Rp959.250.000 dan realisasinya sebesar Rp988.450.000, anggaran harga pokok sebesar Rp881.873.474,8 dan realisasinya sebesar Rp907.491.465,6, anggaran laba sebesar Rp77.376.525,2 dan realisasinya sebesar Rp80.958.534,4. Dapat dilihat untuk tahun 2009 semua dapat memenuhi target yang telah dianggarkan dan meningkat dari tahun-tahun sebelumnya yaitu tahun 2007 dan 2008. Dan ini mengakibatkan *favourable*.

Tabel 4
Perubahan (Δ) Laporan Laba Rugi
Tahun 2007-2009

Keterangan	Perubahan	
	2007 - 2008	2008 - 2009
Pendapatan	-4,19%	5,43%
Total Biaya	-4,25%	4,39%
Laba Kotor	-3,29%	18,75%

Sumber: RSUD R. Syamsudin, SH Sukabumi

Berdasarkan data pada tabel 4, laba yang diperoleh pada tahun 2007-2008 mengalami penurunan yaitu sebesar -3,29%. Perubahan pendapatan yang negatif menyebabkan perubahan laba pun negatif. Hal ini menunjukkan laba dipengaruhi oleh pendapatan. Namun laba mengalami kenaikan pada tahun 2008-2009 sebesar 18,75%. Tidak stabilnya laba diakibatkan manajemen belum menggunakan metode penentuan tarif rawat inap yang tepat untuk rumah sakit.

Dengan adanya keragaman tingkat keparahan pasien dan lebih dari satu pendorong kegiatan untuk menyatakan biaya rawat inap dengan

perawatan sesuai dengan tingkat keparahan pasien, mengakibatkan banyaknya jenis biaya dan aktivitas yang terjadi, tergantung pada tingkat keparahan pasien.

Dengan berkembangnya ilmu pengetahuan, kemudian pada tahun 1800-an dan awal 1900-an lahirlah suatu sistem penentuan harga pokok produk berbasis aktivitas yang dirancang untuk mengatasi distorsi pada akuntansi biaya tradisional. Sistem akuntansi ini disebut *Activity Based Costing*. Definisi metode *Activity Based Costing (ABC)* merupakan suatu sistem kalkulasi biaya yang pertama kali menelusuri biaya ke aktivitas dan kemudian ke produk (Hansen, Mowen, 1999: 356).

Dalam sistem penentuan tarif jasa rawat inap dengan metode *ABC* menggunakan *cost driver* dalam jumlah lebih banyak dibandingkan dalam sistem akuntansi biaya tradisional yang hanya menggunakan satu atau dua *cost driver* berdasarkan unit. Dalam metode *ABC*, menganggap bahwa timbulnya biaya disebabkan oleh adanya aktivitas yang dihasilkan produk. Pendekatan ini menggunakan *cost driver* yang berdasarkan pada aktivitas yang menimbulkan biaya dan akan lebih baik apabila diterapkan pada perusahaan yang menghasilkan keanekaragaman produk. (Mulyadi, 2003: 53).

Rumah sakit merupakan salah satu perusahaan jasa yang menghasilkan keanekaragaman produk. Dimana *output* yang dijual lebih dari satu yaitu beberapa kelas ruang rawat inap. Keanekaragaman produk pada rumah sakit mengakibatkan banyaknya jenis biaya dan aktivitas yang terjadi pada rumah

sakit, sehingga menuntut ketepatan pembebanan biaya dalam penentuan tarif rawat inap. Metode *ABC* dinilai dapat mengukur secara cermat biaya-biaya yang keluar dari setiap aktivitas. Hal ini disebabkan karena banyaknya *cost driver* yang digunakan dalam pembebanan biaya-biaya, sehingga dalam metode *ABC* dapat meningkatkan ketelitian dalam perincian biaya, dan ketepatan pembebanan biaya lebih akurat.

Dalam setiap rumah sakit tarif memegang peranan yang cukup penting, karena tinggi rendahnya tarif yang ditetapkan oleh sebuah manajemen rumah sakit dapat dijadikan sebagai dasar pengukuran semaksimal apa pelayanan kesehatan tersebut yang diberikan oleh sebuah rumah sakit. Selain itu tinggi rendahnya tarif yang ditetapkan berpengaruh pada besar kecilnya laba yang diharapkan oleh manajemen rumah sakit.

Tiap rumah sakit akan menetapkan tarif pelayanan sesuai dengan misi masing-masing, tetapi ada hal yang sama sebagai pertimbangan dalam penetapan tersebut yaitu mendapatkan *revenue* yang mencukupi untuk menjalankan rumah sakit. Penetapan tarif rumah sakit tidak dapat disamakan untuk semua rumah sakit, karena masing-masing mempunyai ciri tersendiri dan efisiensi yang berbeda antara satu dengan yang lainnya.

Dimana pendapatan dari jasa tersebut didapat dari tarif yang harus dibayar oleh pemakai jasa rawat inap. Penentuan tarif jasa rawat inap merupakan suatu keputusan yang sangat penting. Karena dapat mempengaruhi profitabilitas suatu rumah sakit. Dengan adanya berbagai macam fasilitas pada

jasa rawat inap, serta jumlah biaya overhead yang tinggi, maka semakin menuntut ketepatan dalam pembebanan biaya yang sesungguhnya.

Tarif tidaklah sama dengan harga, sekalipun keduanya menunjuk pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh konsumen, tetapi pengertian tarif ternyata lebih terkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh jasa pelayanan, sedangkan pengertian harga lebih terkait pada besarnya biaya yang dikeluarkan untuk memperoleh barang (Azrul Azwar, 1996, 137).

Tarif pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pihak swasta ditetapkan menurut kebijaksanaan manajemen rumah sakit tersebut dengan memperhatikan tujuan dari organisasi tersebut dan ketentuan pemerintah yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan.

Tarif rumah sakit pemerintah ditetapkan dengan memperhatikan kepentingan masyarakat umum yang akan menggunakan jasanya dan dengan memperhatikan tujuan didirikannya pelayanan kesehatan yang dijangkau oleh sebagian besar masyarakat. Oleh sebab itu tarif pelayanan kesehatan di rumah sakit pemerintah lebih rendah dibanding rumah sakit swasta.

Dalam menetapkan tarif rawat inap RSUD R.Syamsudin, SH ditetapkan oleh pihak PEMDA Sukabumi dan masih menggunakan sistem akuntansi biaya tradisional. Dimana semua biaya ditujukan untuk kelas I pada rumah sakit tanpa melihat tingkat keparahan pasien yang membutuhkan lebih banyak jam perawatan dan pemantauan, sehingga ada kemungkinan pembebanan tersebut tidak adil, karena kelas I rawat inap tersebut dipaksa untuk menerima biaya yang bukan menjadi bebannya yang menyebabkan laba

kotor yang diterima bukan realita sebenarnya. Padahal perhitungan biaya rawat inap sangat penting karena berkaitan dengan tingkat keparahan pasien, yang akhirnya akan mempengaruhi laba rumah sakit itu sendiri.

Dibawah ini data perhitungan penetapan tarif rawat inap secara tradisional pada RSUD R. Syamsudin, SH :

Tabel 5
Penentuan Tarif Rawat Inap pada
RSUD R. Syamsudin, SH

Keterangan	2007	2008	2009
Total Biaya	907.947.259	869.322879,1	907.491.465,6
Hari rawat inap	19569	18750	19769
Harga pokok/hari rawat inap	46.397,22	46.363,89	45.904,77
Laba 10%	4.639,72	4.636,39	4.590,48
Tarif per hari	51.036,94	51.006,28	50.495,25

Sumber: RSUD R. Syamsudin, SH Sukabumi

Berdasarkan tabel 5 pada tahun 2007 tarif per hari kelas1 unit rawat inap sebesar Rp51.036,94 terus menurun sampai tahun 2009 menjadi Rp50.495,25. Tarif Kelas1 unit rawat inap adalah sebesar Rp50.000 selama tiga tahun ini rumah sakit tidak mencoba untuk menaikkan tarif. Padahal dengan adanya selisih antara tarif yang seharusnya dengan tarif yang telah ditentukan, walaupun relatif kecil akan tetapi jika dikalikan dengan jumlah pasien yang melakukan rawat inap pada tahun tersebut akan mengakibatkan selisih pendapatan yang relatif besar.

Oleh sebab itu penetapan tarif rawat inap merupakan salah satu hal yang penting dan membutuhkan pengendalian serta analisa sistematis. Maka pihak rumah sakit harus lebih memperhatikan penentuan tarif rawat inap, karena akan membantu rumah sakit dalam menentukan tarif rawat inap khususnya kelas I. Kesalahan yang paling umum adalah penetapan tarif yang terlalu berorientasi pada biaya, tarif kurang bervariasi untuk berbagai macam-macam produk dengan segmen pasar.

Berdasarkan uraian tersebut, maka penulis ingin mengetahui dan meneliti secara mendalam mengenai permasalahan tersebut. Penulis membatasinya dengan memilih judul “Pengaruh Penerapan Metode Activity Based Costing Dalam Menentukan Tarif Rawat Inap Terhadap Peningkatan Laba Pada RSUD R. SYAMSUDIN, SH”

1.2 Perumusan dan Identifikasi Masalah

1.2.1 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, penulis dapat merumuskan masalah yang ada pada RSUD R. Syamsudin, SH adalah :

- 1) Peningkatan laba perusahaan belum optimal, karena pada tahun 2007 tidak dapat mencapai target yang telah dianggarkan, dan pada tahun 2008 rumah sakit pun tidak dapat mencapai target yang telah dianggarkan bahkan laba tahun 2008 mengalami penurunan dibanding dengan tahun 2007.

- 2) Salah satu penyebab tarif rawat inap yang belum efisien diduga bahwa rumah sakit belum menggunakan metode penetapan tarif rawat inap yang tepat. Terbukti pada tahun 2007-2009 hasil perhitungan tarif rawat inap per hari lebih besar dari tarif yang digunakan oleh rumah sakit yaitu sebesar Rp50.000 kemungkinan dengan tidak adanya perbedaan tarif sesuai dengan tingkat keparahan juga menjadikan penentuan tarif rawat inap pada RSUD R. Syamsudin, SH belum efisien.
- 3) Karena diduga rumah sakit belum menggunakan metode penetapan tarif rawat inap yang tepat sehingga mengakibatkan laba yang didapat belum optimal. Sebaiknya RSUD R. Syamsudin, SH menggunakan metode *Activity Based Costing* dalam menetapkan tarif rawat inap.

1.2.2 Identifikasi Masalah

Berdasarkan perumusan masalah, penulis membuat identifikasi masalah sebagai berikut :

- 1) Bagaimana Peningkatan Laba kotor pada RSUD R.Syamsudin,SH?
- 2) Bagaimana penentuan tarif rawat inap pada RSUD R.Syamsudin,SH?

- 3) Bagaimana pengaruh penerapan *Activity Based Costing* dalam menentukan tarif rawat inap terhadap peningkatan laba pada RSUD R.Syamsudin, SH?

1.3 Maksud dan Tujuan

1.3.1 Maksud penelitian

Maksud penelitian ini adalah untuk memperoleh data dan informasi yang berkaitan dalam penulisan penelitian ini, yaitu mengetahui fungsi *Activity Based Costing* dalam menentukan tarif rawat inap dan pengaruhnya pada peningkatan laba. Selain itu, maksud dari penelitian ini adalah untuk menerapkan ilmu yang telah diperoleh penulis agar dapat memperoleh solusi dalam memecahkan masalah.

1.3.2 Tujuan Penelitian

Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah untuk memecahkan permasalahan yang telah diidentifikasi, yaitu :

- 1) Untuk mengobservasi laporan laba kotor pada RSUD R.Syamsudin,SH.
- 2) Untuk mengidentifikasi penentuan tarif rawat inap pada RSUD R.Syamsudin, SH dengan metode *Activity Based Costing*.
- 3) Untuk menganalisis pengaruh penerapan metode *Activity Based Costing* dalam menentukan tarif rawat inap terhadap peningkatan laba kotor pada RSUD R.Syamsudin, SH.

1.4 Kegunaan Penelitian

Kegunaan dari penelitian yang dilakukan oleh penulis adalah sebagai berikut :

1) Kegunaan Teoritis

- a) Bagi penulis, penelitian ini diharapkan memberikan manfaat dan menambah ilmu pengetahuan serta informasi yang berguna, sehingga penulis dapat menerapkan ilmu yang diperoleh di dalam perkuliahan, dengan demikian dapat meningkatkan pemahaman penulis mengenai konsep yang diteliti, khususnya mengenai penerapan *Activity Based Costing* dalam menetapkan tarif jasa rawat inap serta pengaruhnya terhadap tingkat laba dan dapat dimanfaatkan di masa yang akan datang.
- b) Bagi pembaca, diharapkan dapat memberikan informasi yang bermanfaat dan juga bahan referensi, khususnya yang berkaitan dengan topik penelitian.

2) Kegunaan Praktis

Adapun kegunaan praktis dari penelitian ini adalah untuk memeberikan informasi dan saran yang dapat membantu perusahaan. Dalam memecahkan masalah metode penetapan tarif jasa rawat inap, khususnya dalam penerapan metode *Activity Based Costing* dan pengaruhnya dalam peningkatan laba.

1.5 Kerangka Pemikiran dan Paradigma Penelitian

1.5.1 Kerangka Pemikiran

Perencanaan dan pengendalian yang efektif sangat penting untuk meningkatkan nilai suatu rumah sakit. Rencana keuangan dapat bermacam-macam bentuknya. Salah satu perencanaan keuangan yaitu dengan menggunakan metode *Activity Based Costing*.

Activity Based Costing memperbaiki sistem perhitungan biaya dengan menekankan pada aktivitas sebagai objek biaya dasar. Aktivitas bisa merupakan kejadian, tugas atau unit pekerjaan dengan tujuan khusus. Sistem *Activity Based Costing* mengkalkulasikan biaya setiap aktivitas dengan mengalokasikan biaya ke objek biaya seperti barang dan jasa berdasarkan aktivitas yang dibutuhkan untuk memproduksinya.

ABC pertama-tama menelusuri biaya aktivitas dan kemudian ke produk, sebagai gantinya memakai aktivitas. Oleh sebab itu, ABC juga merupakan proses dua tahap. Akan tetapi, dalam sistem biaya ABC menekankan penelusuran langsung dan penelusuran penggerak. Perhitungan biaya berdasarkan aktivitas adalah aktivitas. Oleh sebab itu, mengidentifikasi aktivitas haruslah menjadi tahap awal dalam perancangan sistem perhitungan biaya berdasarkan aktivitas.

Begitu aktivitas diidentifikasi dan dijelaskan, yang berikutnya adalah menentukan berapa banyak biaya untuk melakukan

aktivitas. Dalam menentukan biaya aktivitas membutuhkan identifikasi sumber daya yang dikonsumsi oleh tiap aktivitas. Aktivitas memakai sumber daya seperti tenaga kerja, bahan, energi dan modal. Biaya dari sumber daya didapatkan dalam buku kas umum, akan tetapi berapa banyak biaya yang dihabiskan pada setiap aktivitas tidak dapat dilihat. Oleh karena itu, menjadi penting untuk membebankan biaya sumber daya ke aktivitas dengan menggunakan penelusuran langsung dan penggerak.

Menurut Hansen dan Mowen, (2005, 158) “Penggerak sumber daya adalah faktor-faktor yang mengukur pemakaian sumber daya oleh aktivitas”. Setelah penggerak sumber daya diidentifikasi, maka biaya sumber daya dapat dibebankan langsung ke aktivitas.

Dalam setiap kegiatan yang dilakukan untuk menghasilkan sebuah produk atau khususnya dalam setiap pelayanan jasa kesehatan yang terdapat pada rumah sakit pastilah memerlukan biaya untuk mendukung agar pelayanan kesehatan tersebut dapat terlaksana. Dalam setiap pelayanan jasa kesehatan terdapat biaya-biaya yang berperan langsung terlaksananya pelayanan kesehatan tersebut, maupun biaya-biaya pendukung dari pelayanan kesehatan tersebut.

Berkenaan dengan biaya Hansen dan Mowen (2006, 40) menyatakan bahwa “Biaya adalah suatu nilai tukar, prasyarat atau

pengorbanan yang dilakukan guna memperoleh manfaat pada masa yang akan datang”.

Dilihat dari banyaknya biaya-biaya yang berasal dari sebuah pelayanan jasa kesehatan dan memiliki tingkat aktivitas yang berbeda maka harus dilakukan pengklasifikasian biaya yaitu biaya tetap dan biaya variabel.

Biaya tetap tidak akan berubah jumlahnya meskipun volume kegiatan meningkat atau menurun, namun jumlah biaya tersebut akan tetap sama hanya dalam rentang/range kegiatan tertentu. Rentang kegiatan tersebut dianggap sebagai rentang yang relevan (relevant range). Biaya tetap total akan berubah apabila kegiatan melampaui rentang relevan.

Biaya variabel meningkat secara proporsional dengan peningkatan kegiatan dan menurun secara proporsional dengan penurunan kegiatan. Biaya variabel meliputi biaya bahan baku, pekerja langsung, bahan penolong tertentu, pekerjaan tak langsung tertentu, biaya karena perkakas yang mudah rusak, biaya pengerjaan ulang dan biaya karena kerusakan yang normal. Biasanya biaya variabel dapat secara langsung diidentifikasi dengan kegiatan yang mengakibatkan adanya biaya tersebut.

(Matz dan Usry, 1997,317)

Biaya-biaya yang berasal dari pelayanan jasa kesehatan tersebut sangat berpengaruh pada pendapatan yang nantinya dapat dijadikan acuan dalam penetapan tarif pelayanan kesehatan. Dan tidak dapat dipungkiri bahwasanya besarnya tarif pun berpengaruh pada pendapatan yang nantinya akan diperoleh perusahaan

Tarif adalah nilai suatu jasa pelayanan yang ditetapkan dengan ukuran sejumlah uang berdasarkan pertimbangan

bahwa dengan nilai uang tersebut sebuah rumah sakit bersedia memberikan jasa kepada pasien. (Laksono Trisnantoro, 2005, 146).

Dalam menentukan tarif rawat inap dengan menggunakan *Activity Based Costing* memerlukan beberapa penggerak sumber daya yang mengukur sumber daya oleh aktivitas yang mendukung pelayanan jasa rawat inap tersebut.

Ada pun biaya yang mendukung aktivitas dalam penentuan tarif jasa rawat inap Kelas I pada RSUD R.Syamsudin, SH diantaranya biaya penginapan yaitu biaya dimana pasien menginap didalamnya termasuk biaya belanja pegawai, biaya listrik, biaya air, biaya telepon, biaya keperluan sehari-hari, biaya tanah dan bangunan, biaya pendidikan, pelatihan dan pengembangan SDM, biaya pakaian dinas, biaya sosial. Biaya konsumsi yaitu biaya pemberian makan pasien dan gizi selama rawat inap, biaya pemantauan yaitu biaya perlengkapan dan peralatan non medis dan biaya perlengkapan, peralatan medis dan farmasi.

Penentuan tarif rawat inap merupakan salah satu hal yang penting dan membutuhkan pengendalian serta analisa sistematis. Maka pihak rumah sakit harus lebih memperhatikan penentuan tarif rawat inap, karena akan membantu rumah sakit dalam pengoptimalan laba.

Darsono Perwironegoro (2005, 15), mengatakan bahwa :

“Laba merupakan selisih antara pendapatan dan biaya, pendapatan merupakan hasil penjualan barang atau jasa yang dihasilkan perusahaan. Sedangkan biaya adalah

kas atau setara kas yang dikorbankan untuk memperoleh barang atau jasa yang diharapkan akan memperoleh manfaat atau keuntungan pada masa yang akan datang”

Laba kotor atau margin kotor menurut Bastian Bustami dan Nurlaela (2007, 143) adalah total penjualan dikurangi harga pokok penjualan. Analisis laba kotor adalah memecah-mecah atau membagi-bagi menjadi bagian-bagian atau elemen-elemen yang lebih kecil dengan tujuan untuk menentukan penyebab terjadinya penyimpangan atau selisih laba kotor.

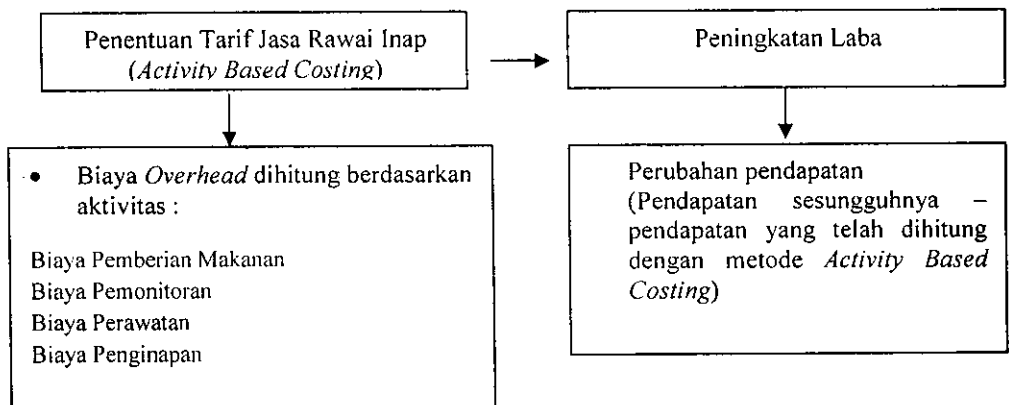
Salah satu pendapatan rumah sakit yaitu dari pelayanan jasa rawat inap, dan laba yang diperoleh yaitu dari selisih antara pendapatan rumah sakit dan biaya-biaya yang dikonsumsi oleh setiap aktivitas yang mendukung dalam penentuan tarif rawat inap kemudian ditambah dengan laba yang diharapkan rumah sakit, menurut pihak rumah sakit laba yang diharapkan oleh rumah sakit untuk VIP AC sebesar 20%, VIP sebesar 15%, UTAMA sebesar 12%, Kelas 1 dan Kelas 2 sebesar 10% sedangkan untuk Kelas 3 tidak ada laba yang diharapkan namun Kelas 3 mendapat subsidi sebesar 5% dari VIP AC maka dari itu untuk menghasilkan laba yang optimal pihak rumah sakit lebih baik menggunakan metode *Activity Based Costing* dalam menentukan tarif rawat inap, karena dengan menggunakan metode ABC ini pengalokasian biaya langsung pada pelayanan jasa rawat inap

yang diberikan pada pasien dan untuk menghindari pembebanan biaya yang tidak semestinya.

Dengan demikian, penggunaan metode *Activity Based Costing* ini akan mampu memberikan informasi tarif jasa rawat inap yang lebih akurat yang akan membantu rumah sakit untuk meningkatkan laba yang optimal.

1.5.2 Paradigma Penelitian

Berdasarkan kerangka pemikiran sebagaimana diuraikan di awal, maka penulis dapat membuat paradigma penelitian sebagai berikut :



Gambar 1

Paradigma Penelitian

1.6 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang ada dalam penelitian ini merupakan jawaban sementara dari suatu penelitian yang dilakukan dan seolah-olah merupakan jawaban dari identifikasi masalah penelitian. Berdasarkan kerangka pemikiran penulis memberikan hipotesis atau jawaban sementara bahwa :

- 1) Peningkatan laba kotor pada RSUD R.Syamsudin, SH belum optimal.
- 2) Penentuan jasa tarif rawat pada RSUD R.Syamsudin, SH belum efisien, karena rumah sakit belum bisa menentukan metode yang tepat dalam menentukan tarif rawat inap.
- 3) Penerapan metode *Activity Based Costing* dalam menentukan tarif jasa rawat inap berpengaruh pada peningkatan Laba pada RSUD R.Syamsudin,SH.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Akuntansi Manajemen

Akuntansi Manajemen merupakan salah satu cabang ilmu yang menghasilkan informasi penting yang dibutuhkan bagi pihak manajemen dalam setiap pengambilan keputusan, perencanaan, dan pengendalian dalam suatu perusahaan. “Akuntansi Manajemen (*Accounting Management*) adalah suatu cabang akuntansi yang berhubungan dengan penyampaian informasi kepada manajemen untuk keperluan pengoperasian bisnis” (Lili. M Sadeli dan Bedjo Siswanto, 2004, 11).

Perkembangan akuntansi mengikuti perkembangan dunia bisnis. Ketika dunia bisnis masih sederhana, sistem akuntansinya juga sederhana karena terjadinya perkembangan alat kerja atau teknologi bisnis terus menerus sepanjang waktu, maka sistem akuntansinya juga mengikutinya.

2.1.1 Pengertian Akuntansi Manajemen

Pengertian akuntansi manajemen yang dikemukakan oleh beberapa ahli, diantaranya :

Kamarudin Ahmad (2005, 5) mengemukakan bahwa :

Akuntansi manajemen adalah salah satu bidang akuntansi yang tujuan utamanya untuk menyajikan laporan-laporan suatu satuan usaha atau organisasi tertentu untuk kepentingan pihak internal dalam rangka melaksanakan proses manajemen yang meliputi perencanaan, pembuatan keputusan, pengorganisasian dan pengarahan serta pengendalian.

Sedangkan menurut Charles T Horngren, Gray L Sundern (1993,3) mengemukakan bahwa :

Management accounting is the process of identifying, measuring, accumulating, analyzing, preparing, interpreting, and communicating information that helps managers fulfill organizational objectives.

Menurut Ray H. Garrison, Eric W. Norren, dan Peter C. Brewer (2006, 21) mendefinisikan sebagai berikut : “*Management accounting is the phase of accounting concerned with providing information managers for use planning and controlling operations and decition making*”.

Dari beberapa pengertian diatas bahwa akuntansi manajemen menyediakan informasi bagi para manajer untuk digunakan dalam suatu perencanaan, pengendalian operasional, dan pengambilan keputusan. Selain itu dapat disimpulkan bahwa akuntansi manajemen merupakan suatu sistem yang menyediakan informasi bagi para manager yang diberikan wewenang untuk membuat keputusan internal perusahaan guna pengambilan keputusan untuk mencapai suatu tujuan perusahaan yang telah ditetapkan.

2.1.2 Fungsi Akuntansi Manajemen

Dalam perannya sebagai suatu cabang ilmu, tentunya akuntansi manajemen memiliki fungsi-fungsi tersendiri, diantaranya:

- 1) Seleksi data dan pemeliharaan catatan.
- 2) Analisis data.
- 3) Penyajian laporan kepada manajemen pemakai.

(Lili M. Sadeli dan Bedjo Siswanto, 2004, 2).

Sedangkan menurut Husein Umar (1998,4) menyatakan bahwa manajemen hendaknya memiliki informasi yang berguna untuk perencanaan dan pengendalian perusahaan dalam kegiatan sehari-hari, serta dapat melakukan perencanaan jangka panjang guna mencapai tujuan yang direncanakan. Dalam kaitannya dengan hal ini akuntansi manajemen mempunyai tiga fungsi utama, yaitu:

- 1) Memilih data dan membuat catatan
- 2) Menganalisis data
- 3) Membuat laporan

Disamping itu, Teguh Pudjo Muljono (1990 50) mengemukakan fungsi dari manajemen akuntansi yang meliputi tujuh fungsi, yaitu :

- 1) Menyediakan sumber data dan informasi keuangan yang relevan untuk kepentingan manajemen di dalam melaksanakan fungsinya dibidang perencanaan dalam arti yang luas.
- 2) Menyediakan alat analisis baik bersifat kualitatif dan kuantitatif yang berupa formula-formula untuk alat pengambilan keputusan manajemen.
- 3) Menyediakan berbagai bentuk teknik dan saran yang diperlukan untuk mengukur *performance* (prestasi) yang telah dicapai oleh masing-masing unit kerja didalam perusahaan maupun prestasi perusahaan secara keseluruhan.
- 4) Menyediakan alat-alat untuk penetapan dan pelaporan pertanggungjawaban untuk masing-masing tingkat manajemen maupun untuk masing-masing unit kerja yang ada di dalam perusahaan yang bersangkutan dengan cara yang relevan.
- 5) Untuk menyediakan alat-alat pengawasan manajemen perusahaan baik dalam arti yang luas yang berupa pengendalian maupun dalam arti sempit berupa pemeriksaan.
- 6) Untuk menyediakan sistem informasi kepada pihak ekstern.
- 7) Untuk mengkoordinasikan berbagai kegiatan yang ada di dalam mencapai tujuan perusahaan, karena

tersedianya sistem informasi yang tepat guna dan tepat waktu.

Berdasarkan penjabaran diatas, maka dapat disimpulkan bahwa fungsi akuntansi manajemen meliputi pemilihan data untuk pembuatan laporan keuangan sebagai penyedia data kualitatif maupun kuantitatif yang nantinya untuk disajikan kepada pihak manajemen.

2.1.3 Tujuan Akuntansi Manajemen

Akuntansi manajemen memiliki tujuan yang merupakan langkah utama dan pokok untuk formulasi teori akuntansi manajemen. Setelah itu, konsep-konsep manajemen akan menjadi benar, karena konsep-konsep ini didasarkan pada tujuan-tujuan yang diterima. Menurut Darsono Prawironegoro (2005, 3) tujuan akuntansi manajemen yaitu :

- 1) Untuk membuat strategi, kebijakan, program kerja, anggaran dan untuk mengambil keputusan khusus.
- 2) Untuk membuat rencana dan pengawasan kegiatan operasi rutin
- 3) Untuk pihak luar perusahaan : pemegang saham, lembaga keuangan, kantor pajak, serikat buruh dalam menilai kinerja manajemen.

Menurut Horgen, Datar, Foster (2008, 2) tujuan akuntansi manajemen adalah sebagai berikut :

Tujuan akuntansi manajemen yaitu mengukur, menganalisis dan melaporkan informasi keuangan dan nonkeuangan yang membantu manajer membuat keputusan guna mencapai tujuan organisasi. Manajer akan menggunakan informasi akuntansi manajemen itu untuk memilih, mengkomunikasikan, dan mengimplementasikan strategi. Mereka juga menggunakan informasi akuntansi manajemen untuk

mengkoordinasi keputusan-keputusan desain produk, produksi, serta pemasaran. Akuntansi manajemen berfokus pada pelaporan internal.

Sedangkan menurut Horngern, Sundem (1993,2) : *“Purpose of accounting: Ultimately, all accounting is accumulated to help someone make decision”*

Dari beberapa penjelasan yang diutarakan oleh para ahli diatas dapat disimpulkan bahwa tujuan dari akuntansi manajemen adalah proses untuk membuat rencana terhadap kegiatan operasional perusahaan yang bisa membantu mnajemen dalam proses pengambilan keputusan.

2.2 Biaya

Seperti yang telah dijelaskan bahwa rumah sakit diklasifikasikan menjadi beberapa jenis rumah sakit dan dalam memberikan pelayanan kesehatan sangat memerlukan biaya-biaya yang mendukung pelayanan kesehatan tersebut. Biaya-biaya pelayanan kesehatan secara keseluruhan tidaklah sama, karena besar dan jenis biaya-biaya pelayanan kesehatan tergantung pada jenis pelayanan kesehatan yang diberikan oleh sebuah rumah sakit.

2.2.1 Konsep Biaya

Biaya pelayanan kesehatan bermacam-macam sesuai dengan pelayanan kesehatan diberikan oleh sebuah rumah sakit. Biaya memiliki pengertian yang luas dan beraneka ragam, seperti yang telah dikemukakan oleh Garrison (1997,34) bahwa pengertian

biaya dapat diartikan dalam dua konsep yaitu menurut akuntansi keuangan dan akuntansi manajemen.

Menurut akuntansi keuangan, istilah biaya (*cost*) diartikan sebagai pengorbanan yang dilakukan agar memperoleh barang atau jasa. Pengorbanan dapat diukur dengan uang tunai yang dibelanjakan, aktiva tetap yang ditransfer, jasa yang diberikan dan lain sebagainya.

Menurut akuntansi manajemen, istilah biaya (*cost*) digunakan dalam berbagai cara yang berbeda. Alasannya adalah bahwa terdapat jenis biaya yang berbeda dan biaya ini diklasifikasikan menurut cara yang berbeda sesuai dengan kebutuhan mendesak manajemen.

Adapun pengertian biaya lainnya telah yang dikemukakan oleh beberapa ahli adalah sebagai berikut:

Biaya adalah kas setara kas yang dikorbankan untuk memproduksi barang atau jasa yang diharapkan akan memperoleh manfaat atau keuntungan di masa akan datang (Darsono Prawironegoro, 2005, 15).

Biaya adalah pengorbanan sumber ekonomi yang diukur dalam satuan uang, yang telah terjadi atau yang kemungkinan terjadi untuk tujuan tertentu (Mulyadi, 1993, 17).

Berdasarkan kutipan di atas dapat disimpulkan bahwasanya biaya merupakan kas yang dikorbankan untuk memperoleh barang atau jasa.

2.2.2 Klasifikasi Biaya

Proses klasifikasi biaya dan beban dapat dimulai dengan menghubungkan biaya ke tahap yang berbeda dalam operasi suatu bisnis. Menurut Carter dan Usry (2002, 40) biaya dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- 1) Dalam Hubungannya Dengan Produk.
Biaya manufaktur disebut juga biaya produksi atau biaya pabrik. Biasanya didefinisikan sebagai jumlah dari tiga elemen biaya yaitu:
 - a) Biaya bahan baku langsung yaitu semua bahan baku yang membentuk bagian integral produk jadi dapat dimasukkan secara eksplisit dalam perhitungan biaya produk.
 - b) Biaya tenaga kerja langsung yaitu tenaga kerja yang melakukan konversi bahan baku langsung menjadi produk jadi dan dapat dibebankan secara layak ke produk tertentu.
 - c) Biaya overhead pabrik yaitu semua biaya manufaktur yang tidak ditelusuri secara langsung ke output tertentu.
- 2) Dalam Hubungannya Dengan Volume Produk.
 - a) Biaya variabel yaitu biaya yang berubah secara proporsional terhadap perubahan aktivitas dalam rentang yang relevan.
 - b) Biaya tetap yaitu biaya yang bersifat konstan secara total dalam rentang yang relevan.
 - c) Biaya semivariabel yaitu biaya yang memiliki elemen biaya tetap dan biaya variabel.
- 3) Dalam Hubungannya Dengan Departemen Produksi atau Segmen Lain.
 - a) Biaya bersama (*common cost*) biasanya ada di organisasi dengan banyak departemen atau segmen.
 - b) Biaya gabungan (*joint cost*) terjadi ketika produksi dari suatu produk menghasilkan satu atau beberapa produk lain tanpa dapat dihindari.
- 4) Dalam Hubungannya Dengan Periode Akuntansi.
 - a) Pengeluaran modal (*capital expenditure*) yaitu ditujukan untuk memberikan manfaat dimasa depan dan dilaporkan sebagai aktiva.
 - b) Pengeluaran pendapatan (*revenue expenditure*) yaitu memberikan manfaat untuk periode sekarang dan dilaporkan sebagai beban.
- 5) Dalam Hubungannya Dengan Suatu Keputusan, Tindakan atau Evaluasi.
 - a) Biaya diferensial yaitu salah satu nama dari biaya yang relevan untuk suatu pilihan diantara biaya alternatif biaya diferensial seringkali disebut biaya marginal.
 - b) Biaya inkremental, jika biaya diferensial hanya terjadi apabila alternatif tertentu

diambil maka biaya tersebut juga dapat disebut sebagai biaya tunai yang berkaitan dengan biaya tersebut. Suatu biaya yang telah terjadi dan oleh karena itu tidak relevan terhadap pengambilan keputusan disebut biaya tertahan (*sunk cost*)

Biaya dapat diklasifikasikan atau dianalisis menurut berbagai cara. Seperti pendapat lain yang dikemukakan oleh Samsi Jacobalis (2000, 202) yaitu sebagai berikut:

- 1) Klasifikasi menurut sumberdaya.
 - a) Biaya tenaga kerja
 - b) Biaya material
 - c) Biaya lain-lain (bukan tenaga kerja, bukan material)
- 2) Klasifikasi menurut sifat keterkaitannya dengan produksi.
 - a) Biaya langsung
Biaya yang dapat langsung diidentifikasi atau ditelusuri pada produk (barang dan jasa) yang dihasilkan.
Contoh: obat untuk pasien
 - b) Biaya tidak langsung
Biaya yang tidak dapat langsung diidentifikasi dan ditelusuri pada produk yang dihasilkan.
Contoh: biaya telepon, pajak, gaji satpam
- 3) Klasifikasi menurut perilaku terhadap tingkat produksi.
 - a) Biaya variabel
Biaya yang bertambah atau berkurangnya tergantung pada tingkat kegiatan produksi. Di rumah sakit biaya variabel misalnya tergantung dari jumlah pasien yang dilayani. Makin banyak pasien yang dirawat, makin tinggi pula biaya makan, obat dan lain-lain.
Biaya variabel ini juga lazimnya disebut biaya operasional, karena dibutuhkan untuk membiayai kegiatan operasional yang berlangsung. Biaya variabel disebut juga *prime cost*.

b) Biaya tetap

Biaya tidak terkait dengan tingkat kegiatan produksi. Contoh: sewa bangunan, asuransi, pajak bumi dan bangunan (PBB).

Biaya ini terkait dengan waktu, tidak tergantung dari kegiatan produksi. Biaya tetap ini akan tetap ada, sekalipun misalnya di rumah sakit tidak ada pasien yang dirawat. Karena itu, biaya tetap juga dinamakan biaya *overhead*. Dalam jangka panjang semua biaya tetap menjadi variabel.

Dari kutipan tersebut dapat disimpulkan bahwa biaya dapat dibedakan atau diklasifikasikan berdasarkan produk, volume produk, sumberdaya, periode akuntansi, keputusan, departemen produksi ataupun segmen lainnya.

2.2.3 Sumber Biaya Rumah Sakit

Sumber biaya kesehatan tidaklah sama antara suatu Negara lainnya seperti yang dikemukakan oleh Azrul Azwar (1996, 125) bahwa secara umum sumber biaya kesehatan dapat dibedakan atas dua macam yakni :

- 1) Seluruhnya Bersumber Dari Anggaran Pemerintah
Tergantung dari bentuk pemerintahan yang dianut, ditemukan negara yang sumber biaya kesehatannya sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah, pada negara seperti ini tidak ditemukan pelayanan kesehatan swasta. Seluruh pelayanan kesehatan diselenggarakan oleh pemerintah dan pelayanan kesehatan tersebut terselenggara secara cuma-cuma
- 2) Sebagian Ditanggung Oleh Masyarakat
Pada beberapa negara lain, sumber biaya kesehatannya juga berasal dari masyarakat. Pada negara yang seperti ini, masyarakat diajak berperan serta, baik dalam menyelenggarakan upaya kesehatan ataupun pada waktu memanfaatkan jasa pelayanan kesehatan.

Dengan ikut sertanya masyarakat menyelenggarakan pelayanan kesehatan, maka ditemukan pelayanan kesehatan swasta. Selanjutnya dengan diikutsertakannya masyarakat membiayai pemanfaatan pelayanan kesehatan, maka pelayanan kesehatan tidaklah cuma-cuma. Masyarakat diharuskan membayar pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan.

Sistem pelayanan kesehatan di Indonesia didanai oleh pemerintah dan swasta, seperti yang dikutip oleh Laksono Trisnantoro (2006, 29) yaitu sebagai berikut:

Secara garis besar pihak swasta membiayai sekitar 70% total pendanaan (Biro Keuangan Depkes, 2001). Pendanaan dari swasta terutama diperuntukkan bagi sistem pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat *private goods*. Di samping itu, sistem pelayanan kesehatan mendapatkan dana dari sumber pemerintah dan juga dari luar negeri. Sebagian kecil dana pelayanan kesehatan menggunakan asuransi kesehatan sebagai mekanisme pendanaan.

Berdasarkan kutipan mengenai sumber biaya pelayanan kesehatan atau dapat disebut juga sumber pendanaan pelayanan kesehatan yaitu dapat berasal dari pihak swasta maupun pemerintah.

2.2.4 Macam Biaya Rumah Sakit

Biaya kesehatan banyak macamnya, karena kesemuanya tergantung pada jenis dan kompleksitas pelayanan kesehatan yang diselenggarakan dan atau dimanfaatkan. Hanya saja disesuaikan dengan pembagian pelayanan kesehatan seperti yang dikemukakan oleh Azrul Azwar (2006, 126) bahwa biaya kesehatan tersebut secara umum dapat dibedakan menjadi 2 macam yaitu:

1) Biaya Pelayanan Kedokteran

Biaya yang dimaksud disini adalah yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau

memanfaatkan pelayanan kesehatan, yakni yang tujuan utamanya untuk mengobati penyakit serta memulihkan kesehatan penderita.

- 2) Biaya Pelayanan Kesehatan Kedokteran
Biaya yang di maksud disini adalah yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan yakni yang tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta untuk mencegah penyakit.

Jumlah biaya pelayanan kesehatan yang dibayarkan oleh pasien kepada rumah sakit ditentukan oleh komponen atau kegiatan pelayanan yang diterima oleh pasien tersebut dan besaran masing-masing komponen atau jenis pelayanan kesehatan tersebut. Seperti yang dikutip oleh Djoko Wijono (2000, 887) berdasarkan Kep.MenKes No. 282 / MENKES / SK / III / 1993 mengenai biaya pelayanan kesehatan yaitu sebagai berikut:

- (a) Biaya Pelayanan Rawat Jalan
 - 1) Konsultasi Medis
 - 2) Administrasi Rumah Sakit
 - 3) Penunjang Diagnostik
 - 4) Tindakan Medis Operatif
 - 5) Tindakan Medis Non Operatif
 - 6) Farmasi
 - 7) Radioterapi
 - 8) Lain-lain
- (b) Biaya Pelayanan Rawat Inap
 - 1) Ruang Perawatan
 - 2) Konsultasi Medis
 - 3) Penunjang Diagnostik
 - 4) Tindakan Medis Operatif
 - 5) Tindakan Medis Non Operatif
 - 6) Radioterapi
 - 7) Rehabilitasi medis
 - 8) Farmasi
 - 9) Lain-lain
- (c) Biaya pelayanan Gawat Darurat
 - 1) Konsultasi Medis
 - 2) Administrasi Rumah Sakit
 - 3) Penunjang Diagnostik

- 4) Tindakan Medis Operatif
- 5) Tindakan Medis Non Operatif
- 6) Farmasi
- 7) Lain-lain

Berdasarkan kutipan di atas dapat disimpulkan bahwasanya dalam setiap pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit menghasilkan biaya-biaya yang beragam baik itu biaya yang berhubungan dengan pelayanan kedokteran maupun biaya yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan. Lebih detail lagi biaya yang tercipta dapat berasal dari biaya rawat jalan, rawat inap ataupun biaya gawat darurat.

2.2.5 Pusat-pusat Biaya Rumah Sakit

Pusat biaya yang signifikan dalam analisis dan penetapan biaya rumah sakit seperti yang dikemukakan oleh Laksono Trisnantoro (2006, 138) yaitu sebagai berikut:

- 1) Instalasi dan bagian-bagian di rumah sakit, misalnya: bangsal-bangsal, instalasi radiologi, laboratorium, bagian rumah tangga, pemeliharaan dan lain-lain.
- 2) Unit pelayanan yang merupakan sumber biaya produksi rumah sakit yang dapat diidentifikasi, misalnya: biaya kamar, biaya rata-rata untuk pemeriksaan darah rutin, biaya rata-rata per pasien per kunjungan poliklinik, biaya rata-rata obat per pasien per hari rawat. Sebagai catatan untuk mencapai perhitungan biaya "unit pelayanan", sebelumnya harus dilakukan perhitungan bagian-bagian dalam rumah sakit.
- 3) Pusat-pusat biaya berbasis diagnosis penyakit. Cara ini diperkenalkan di Amerika Serikat dalam bentuk *Diagnostic Related Groups (DRG)*.

Pusat biaya merupakan bagian dari suatu unit produksi yang untuk kegiatan operasionalnya menimbulkan biaya. Seperti yang

telah dikutip oleh Samsi Jacobalis (2000, 203) mengenai pusat biaya yaitu sebagai berikut:

Pusat biaya dapat dibedakan dalam:

- 1) Pusat biaya yang tidak menimbulkan pendapatan (*non revenue generating cost centers*).
Contoh: Kantor direksi dan staf administrasi.
- 2) Pusat biaya yang menimbulkan pendapatan (*revenue generating cost centers*).
Contoh: Laboratorium klinik, unit radiologi dan lain-lain.

Berdasarkan pusat-pusat biaya yang telah dijabarkan diatas dapat diketahui biaya-biaya kemungkinan terjadi setiap pelayanan kesehatan tersebut diberikan oleh rumah sakit.

2.3 *Activity Based Costing*

Activity Based Costing bisa memperbaiki kemungkinan dapat ditelusurinya biaya dengan memfokuskan pada aktivitas yang disebabkan oleh produk atau segmen lain. Sistem *Activity Based Costing* timbul sebagai akibat dari kebutuhan manajemen akan informasi akuntansi yang mampu mencerminkan konsumsi sumber daya dalam berbagai aktivitas untuk menghasilkan produk secara akurat. Hal ini didorong oleh persaingan global yang tajam yang memaksa perusahaan untuk *cost effective*.

Menurut Philip E Fess, Carl Warren (2005, 720) berpendapat bahwa: "*Activity based costing an accounting framework based on determining the cost activities. The activity cost is then related to products for product costing*"

Sementara itu Hansen, Mowen (2005, 153) berpendapat bahwa:

Sistem biaya yang berdasarkan *Activity based costing* pertama-tama menelusuri biaya aktivitas dan kemudian ke produk. Asumsi yang mendasari adalah bahwa aktivitas-aktivitas memakai sumber-sumber daya dan produk, sebagai gantinya memakai aktivitas

Sedangkan menurut Hongren, Sunden, & Stratton (1996, 502) *Activity Based Costing* : “is a system that first accumulates the cost of each activity of an organization and then applies the costs of activities to the product, services, or other cost objects using appropriate cost drivers”.

Berdasarkan kutipan tersebut *Activity Based Costing* adalah suatu sistem yang mengumpulkan biaya-biaya ke dalam aktivitas-aktivitas yang terjadi dalam perusahaan lalu membebankan biaya atau aktivitas tersebut kepada produk atau jasa dan melaporkan produk atau jasa tersebut pada manajemen agar selanjutnya dapat digunakan untuk perencanaan, pengendalian biaya dan pengambilan keputusan.

2.3.1 Tujuan Perhitungan *Activity Based Costing*

Menurut Soemarso (2000, 199) menjelaskan bahwa: “*Activity Based Costing* bertujuan untuk menganalisis akurasi biaya dengan memperbaiki cara penelusuran biaya ke objek biaya”.

Adapun jenis objek biaya yaitu:

- 1) Produk atau kelompok produk yang saling berhubungan
- 2) Jasa
- 3) Departemen
- 4) Proyek

Sementara itu menurut Kamarudin Ahmad (2005, 15) menjelaskan bahwa: “Tujuan perhitungan *Activity Based Costing*

digunakan untuk meningkatkan akurasi analisis biaya dengan memperbaiki cara penelusuran biaya ke objek biaya”.

Dari kedua pendapat diatas, maka dapat disimpulkan bahwa tujuan dari *Activity Based Costing* adalah untuk perhitungan biaya yang lebih akurat, dimana perhitungannya berdasarkan aktivitas yang terjadi untuk memproduksi produk atau jasa.

2.3.2 Manfaat Perhitungan *Activity Based Costing*

Perhitungan berdasarkan *Activity Based Costing* memberikan manfaat untuk mengarahkan pengukuran profitabilitas produk yang lebih akurat.

Menurut Husein Umar (2003, 11) menjelaskan bahwa:

“Manfaat dari *Activity Based Costing* yaitu untuk memahami dan mengendalikan biaya tidak langsung yang tidak hanya meliputi kalkulasi biaya produk, tetapi memberikan informasi perihal apa saja yang menimbulkan biaya dan bagaimana mengelolanya kepada pihak manajemen”.

Sementara itu, Sofyan Syafri Harahap (2001, 59) berpendapat bahwa manfaat *Activity Based Costing* ialah:

- 1) Menyajikan biaya produk lebih akurat dan informatif, yang mengarahkan pengukuran profitabilitas produk lebih akurat terhadap keputusan strategik, tentang harga jual, lini produk, pasar dan pengeluaran modal.
- 2) Pengukuran yang lebih akurat tentang biaya yang dipicu oleh aktivitas, sehingga membantu manajemen meningkatkan nilai produk dan nilai proses.
- 3) Memudahkan memberi informasi tentang biaya relevan untuk pengambilan keputusan.

Dari kedua pendapat diatas, maka dapat disimpulkan bahwa manfaat dari perhitungan *Activity Based Costing* adalah untuk

mengendalikan biaya tidak langsung, sehingga bisa memberikan informasi akurat tentang biaya terpakai dalam proses memproduksi barang atau jasa.

2.3.3 Kelebihan Perhitungan *Activity Based Costing*

Menurut Rudianto (2006, 311) menjeaskan kelebihan *Activity Based Costing* bahwa:

Modifikasi pada sistem *Activity Based Costing* yang mempunyai dua tahap, sehingga melaporkan biaya secara lebih akurat dibandingkan dengan tradisional. Sistem ini juga membebankan biaya aktivitas ke objek biaya *output* dengan menggunakan ukuran yang dapat menunjukan permintaan produk terhadap aktivitas.

Sementara itu menurut Garison, Noreen, Brewer (2006, 445) menjelaskan bahwa:

Untuk mengatasi kelemahan sistem tradisional, maka digunakan metode perhitungan biaya produksi berdasarkan aktivitas atau *Activity Based Costing* yang akan membantu pihak manajemen untuk mengalokasikan biaya yang lebih akurat. Perhitungan biaya berdasarkan aktivitas diperkenalkan dan didefinisikan sebagai suatu sistem perhitungan biaya di mana tempat penampungan biaya overhead yang jumlahnya lebih dari satu dialokasikan menggunakan dasar yang memasukkan satu atau lebih faktor yang tidak berkaitan dengan *volume*. Dibandingkan dengan akuntansi biaya tradisional, *Activity Based Costing* memiliki penerapan penelusuran biaya yang lebih menyeluruh.

Berdasarkan pendapat diatas, maka dapat disimpulkan bahwa, kelebihan daripada sistem *Activity Based Costing* adalah mamapu menelusuri biaya dengan memfokuskan pada aktivitas yang disebabkan oleh produk.

2.3.4 Kelemahan Perhitungan *Activity Based Costing*

Menurut Kamarudin Ahmad (2005, 18) menjelaskan bahwa kelemahan sistem *Activity Based Costing* adalah:

- 1) Alokasi, beberapa biaya dialokasikan secara sembarangan, karena sulitnya menemukan aktivitas biaya tersebut. Contoh : Pembersihan pabrik dan pengelolaan proses produksi.
- 2) Mengabaikan biaya, biaya tertentu yang diabaikan dari analisis. Contoh : Biaya iklan, biaya riset, biaya pengembangan.
- 3) Pengeluaran dan waktu yang dikonsumsi, disamping memerlukan biaya mahal, juga memerlukan waktu yang cukup lama.

Sementara itu, menurut Bastian Bustami, Nurlela (2007, 30) berpendapat bahwa mengimplementasikan *Activity Based Costing* bagi perusahaan akan menghadapi:

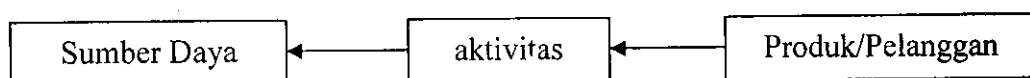
- 1) Penerapan *Activity Based Costing* lebih mahal.
Dibandingkan dengan sistem biaya tradisional, hanya membebankan biaya cukup satu pemicu biaya, seperti jam kerja langsung. Dalam *Activity Based Costing* dibutuhkan berbagai ukuran aktivitas yang harus dikumpulkan, diperiksa dan dimasukkan dalam sistem.
- 2) Sulitnya merubah kebiasaan manajer.
Membuthkan waktu cukup lama karena para manajer terbiasa pada sistem tradisional.
- 3) Mudahnya data *Activity Based Costing* disalah artikan.
- 4) Bentuk laporan keuangan kurang sesuai.
Umumnya laporan keuangan menurut *Activity Based Costing* tidak sesuai dengan prinsip akuntansi, perusahaan yang menerapkan sistem *Activity Based Costing* harus menyusun laporan biaya yang berlainan, satu untuk *intern* dan satu untuk *ekstern*.

Dari kedua penjelasan diatas maka dapat disimpulkan bahwa kelemahan sistem *Activity Based Costing* adalah Penerapan *Activity*

Based Costing lebih mahal dan juga memerlukan waktu yang cukup lama, karena identifikasi biaya yang dilakukan untuk menghasilkan penentuan biaya yang mendekati kenyataan

2.3.5 Konsep Dasar *Activity Based Costing*

Activity Based Costing merupakan salah satu wujud pelepasan akuntansi manajemen dari dominasi akuntansi keuangan. System ini dirancang atas dasar landasan pikiran bahwa produk memerlukan aktivitas dan aktivitas mengkonsumsi sumberdaya. System ini mengidentifikasi biaya aktivitas dan kemudian menelusuri aktivitas ini ke suatu produk khusus pelanggan yang menimbulkan aktivitas. *Activity Based Costing* dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 2

Konsep Dasar *Activity Based Costing*

Menurut Cooper dan Kaplan (1991, 269)

Menurut Cooper (1991, 273) terdapat dua asumsi penting yang mendasari *activity based costing*, yaitu :

1) Kegiatan menimbulkan biaya

Activity based costing dimulai dengan anggapan bahwa sumber daya tidak langsung tidak sekedar menyebabkan timbulnya

biaya yang harus dialokasikan tetapi juga menyediakan kemampuan untuk melaksanakan kegiatan.

- 2) Produk dan pelanggan menyebabkan timbulnya permintaan atas kegiatan.

Dalam membuka produk diperlukan berbagai kegiatan dalam setiap kegiatan memerlukan sumber daya untuk pelaksanaan kegiatan tersebut.

2.3.6 Klasifikasi Aktivitas

Dalam merancang system *activity based costing*, sumber daya yang digunakan untuk melaksanakan aktivitas produksi dan penjualan akan menimbulkan biaya. Menurut Mulyadi (1993, 72) biaya-biaya ini dapat diklasifikasikan dalam empat kelompok yaitu :

- 1) *Unit Level Activity Cost*, biaya ini di pengaruhi oleh besar kecilnya unit produk yang dihasilkan. Biaya bahan baku, biaya tenaga kerja langsung, biaya energy dan biaya angkutan adalah contoh yang termasuk golongan ini. Biaya ini diebankan pada produk atau jasa berdasarkan jumlah unit produk yang dihasilkan.
- 2) *Bacth Related Activity Cost*, biaya ini berhubungan dengan jumlah bacth produk yang di produksi. Besar kecilnya biaya ini tergantung dari frekuensi order produksi yang diolah oleh fungsi produksi. Biaya ini tidak dipengaruhi oleh jumlah unit produk yang diproduksi oleh setiap order produksi contoh : *set up cost*,

biaya angkutan bahan baku dalam pabrik, biaya inspeksi, biaya order produksi.

- 3) *Product Sustaining Activity Cost*, biaya ini berhubungan dengan penelitian dan pengembangan produk tertentu dan biaya-biaya ini untuk mempertahankan produk agar tetap dipasarkan. Biaya ini dibebankan pada produk berdasarkan taksiran jumlah produk tertentu yang akan dihasilkan selama umur produk tersebut (*product live cycle*) contoh : biaya desain produk, desain proses pengolahan produk dan pengujian produk.
- 4) *Facility Sustaining Activity Cost*, biaya ini berhubungan dengan kegiatan untuk mempertahankan kapasitas yang dimiliki oleh perusahaan. Biaya ini dibebankan kepada produk atas dasar taksiran unit produk yang dihasilkan pada kapasitas normal devisa penjual contoh : biaya depresiasi dan amortisasi.

2.3.7 Activity Based Costing dalam Konteks Industri Jasa

1) Karakteristik Perusahaan Jasa

Akuntansi biaya konvensional secara nyata telah diabaikan industri jasa dan hanya menekan pada industri manufaktur. Sekarang pendekatan konvensional tersebut tidak akan berjalan dengan baik karena telah terjadi peningkatan pesat dalam industri jasa dimana para manajer harus mampu untuk menelusuri biaya pada jasa yang diberikan dengan tepat sebagaimana mereka melakukannya pada harga pokok produk manufaktur menurut Hansen dan Mowen (1994, 245) terdapat

beberapa karakteristik perusahaan jasa tersebut akan mempengaruhi tipe informasi yang diperlukan untuk merencanakan, pengendalian dan pengambilan keputusan, yaitu:

a) *Intangibility*

Intangibility menunjukkan bahwa karakteristik ini tidak dapat diraba. Hal ini berarti bahwa jasa tidak akan dapat disimpan seperti halnya produk, dan sulit untuk dilindungi melalui hak paten serta sulit untuk dipamerkan sebagaimana halnya produk. Hal ini akan menimbulkan pada sistem manajemen biaya pada perusahaan jasa yaitu tidak terdapat persediaan seperti halnya pada perusahaan manufaktur.

b) *Heterogeneity*

Heterogeneity yaitu ketidakseragaman tenaga kerja pada perusahaan manufaktur terdapat asumsi bahwa tiap tenaga kerja langsung identik dengan tenaga kerja langsung lainnya, dimana dalam hal ini faktor pendidikan personal dan keterampilan dianggap sama, pada perusahaan jasa, tenaga kerja yang satu tidak bias diidentikkan dengan yang lainnya. Peranan tenaga kerja sangat menentukan karena jasa disediakan oleh tenaga kerja tersebut sehingga banyaknya perusahaan jasa yang sangat tergantung pada sumber daya manusia. Contohnya : Perusahaan asuransi, dimana penarikan calon klien tergantung dari keterampilan tenaga kerja untuk menarik calon klien menjadi klien

perusahaan asuransi tersebut. Disamping terdapat perbedaan antara tenaga kerja yang satu dengan yang lainnya terdapat beberapa aspek lainnya yang mengakibatkan ketidakseragaman ini yaitu tiap tenaga kerja tidak akan sama dari hari ke hari. Mereka dapat dipengaruhi oleh pekerjaan yang dilakukannya, hubungan dengan rekan kerjanya, tingkat pendidikan, pengalaman faktor pribadi lainnya. Faktor-faktor inilah yang membuat penyediaan jasa pada mutu yang konsisten menjadi sulit. Dampaknya pada system manajemen biaya oleh perusahaan jasa diperlukan pengukuran produktivitas secara terus menerus atas sumber daya manusianya dan manajemen mutu secara total (*total quality management*) sangat diperlukan.

c) *Inseparability*

Inseparability yang berarti antara jasa yang diberikan oleh konsumen tidak terpisahkan. Dalam penyediaan jasa, secara masal adalah sulit contohnya bila sebuah hotel yang menjual jasa pada seorang konsumen maka keluarnya konsumen tersebut dari hotel akan mempengaruhi jumlah dan kualitas jasa yang diberikannya, akibatnya perusahaan jasa seringkali membelanjakan dana pada beberapa sumber daya yang biasanya tidak begitu penting misalnya : konsumen biasanya menilai mutu perusahaan jasa dari tarif dan fasilitas fisik lainnya sehingga perusahaan akan

cenderung membelanjakan dana yang lebih besar pada tempat bisnisnya untuk membuat kelihatan lebih menarik. Dampaknya pada system manajemen biaya adalah diperlukan system yang dapat meningkatkan kualitas secara konsisten dan biaya-biaya yang dikeluarkan oleh perusahaan jasa cenderung berhubungan dengan tipe konsumennya.

d) *Persihability*

Persihability karakter ini menunjukkan daya tahan dari jasa yang telah diberikan jasa. Jasa dikatakan *persihability* jika terdapat frekuensi jangka pendek jasa itu diberikan sebelum muncul kebutuhan lagi akan jasa tersebut. Contohnya : jasa pemotongan rambut dikatakan *perishable* karena etelah jangka waktu tertentu dibutuhkan lagi sedangkan jasa operasi plastic tidak *perishable* karena dari hasil jasa tersebut bersifat permanen. Karakter ini juga menunjukkan bahwaterdapat jasa-jasa yang sering dimintakan ulang oleh konsumen. Dampak karakter ini pada system manajemen biaya adalah tidak terdapat persediaan pada persediaan jasa serta sangat dibutuhkan system yang memiliki standar untuk menangani konsumen yang melakukan pembelian ulang. Karena itu, perusahaan jasa seperti halnya perusahaan manufaktur juga memerlukan informasi yang akurat, relevan dan tepat waktu.

2) Penerapan *Activity Based Costing* Dalam Industri Jasa

Penerapan *Activity based costing* pada perusahaan jasa pada prinsipnya tidak berbeda dengan penerapan *activity based costing* pada perusahaan manufaktur. Perbedaan mendasar adalah bahwa perusahaan jasa lebih menekankan efisiensi dan aktivitas dalam *cost of service* bukan *cost of product* dan aktivitas seperti pada perusahaan manufaktur. Aktivitas-aktivitas dalam perusahaan manufaktur cenderung sama jenisnya dan dilaksanakan dengan cara yang sama sedangkan aktivitas maupun proses kerja dalam perusahaan jasa cenderung berbeda.

2.4 Tarif Pelayanan Kesehatan

2.4.1 Pengertian Tarif

Dalam setiap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit dikenakan tarif yang berbeda sesuai dengan pelayanan kesehatan yang diperoleh. Adapun pengertian tarif yang dikemukakan oleh beberapa ahli adalah sebagai berikut:

Tarif adalah nilai suatu jasa pelayanan yang ditetapkan dengan ukuran sejumlah uang berdasarkan pertimbangan bahwa dengan sejumlah uang tersebut sebuah rumah sakit bersedia memberikan jasa kepada pasien (Laksono Trisnantoro, 2006, 146).

Tarif tidaklah sama dengan harga, sekalipun keduanya menunjukkan pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh konsumen, tetapi pengertian tarif ternyata lebih terkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh jasa pelayanan, sedangkan pengertian harga lebih terkait pada besarnya biaya yang dikeluarkan untuk memperoleh barang (Azrul Azwar, 1996, 137).

Berdasarkan kutipan diatas dapat disimpulkan bahwasanya setiap tarif yang ditetapkan oleh sebuah rumah sakit ataupun yang dibebankan oleh pasien atau konsumen berdasarkan pada jumlah biaya yang dikeluarkan dari pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pihak rumah sakit atau yang diterima oleh pasien atau konsumen.

2.4.2 Konsep Penetapan Tarif Pelayanan Kesehatan

Tarif rumah sakit merupakan aspek yang sangat diperhatikan oleh rumah sakit swasta juga oleh rumah sakit pemerintah seperti yang dikemukakan oleh Laksono Trisnantoro (2006, 146) mengenai konsep penetapan tarif rumah sakit yaitu sebagai berikut:

Bagi sebagian rumah sakit pemerintah, tarif memang ditetapkan berdasarkan surat Keputusan Menkes atau Pemerintah Daerah. Hal ini menunjukkan adanya kontrol ketat pemerintah sebagai pemilik terhadap rumah sakit sebagai firma atau pelaku usaha. Akan tetapi disadari bahwa tarif pemerintah umumnya mempunyai *cost-recovery* (pemulihan biaya) yang rendah. Apabila tarif mempunyai tingkat pemulihan biaya rendah diberlakukan pada kelas pelayanan bawah (misalnya kelas III) maka hal tersebut merupakan sesuatu yang layak, sehingga terjadi subsidi pemerintah bagi masyarakat miskin untuk menggunakan pelayanan rumah sakit. Akan tetapi, apabila tingkat pemulihan biaya ternyata juga rendah pada kelas VIP misalnya, maka dapat terjadi subsidi untuk masyarakat atas. Adanya kebijakan swadana telah memberikan wewenang penetapan tarif pada direktur rumah sakit, khususnya untuk bangsal VIP dan kelas I yang tidak banyak mempengaruhi orang miskin. Oleh karena itu, pemahaman konsep tarif perlu diketahui oleh para manajer rumah sakit. Dalam ekonomi mikro, sudah dikenal suatu titik keseimbangan yaitu harga berada pada *equilibrium* berdasarkan *demand* dan *supply*. Pada sistem ekonomi yang berbasis pada keseimbangan pasar, jelas bahwa subsidi pemerintah tidak dilakukan atau

terbatas pada masyarakat miskin. Akibatnya, tarif dibiarkan sesuai dengan permintaan pasar. Akan tetapi, hal ini dapat menyebabkan terjadinya ketidakadilan yaitu masyarakat miskin sulit mendapatkan pelayanan rumah sakit, sehingga subsidi perlu diberikan karena keadaan ini sangat penting pada proses penetapan tarif rumah sakit pemerintah.

Pendapat lain mengenai konsep penetapan tarif dikemukakan oleh Berkowitz (1996, 232) yaitu sebagai berikut:

In establishing a price, companies realize that the established price has a perceptual or positioning value for the service. Higher prices often connote better quality. Yet in established the price, a company must also consider the competitive dynamics of the market place. As a result, the pricing decision is a major aspect of marketing strategy.

Berdasarkan kutipan di atas dapat disimpulkan bahwasanya konsep penetapan tarif yaitu dalam setiap tarif yang ditetapkan disesuaikan dengan bentuk serta tujuan perusahaan itu sendiri.

2.4.3 Tujuan Penetapan Tarif Pelayanan Kesehatan

Dalam hal penetapan tarif pelayanan kesehatan memiliki tujuan dalam setiap tarif yang ditetapkan seperti yang dikemukakan oleh Laksono Trisnantoro (2006, 147) yaitu sebagai berikut:

- 1) Penetapan Tarif untuk Pemulihan biaya
Tarif dapat ditetapkan untuk meningkatkan pemulihan biaya rumah sakit. Keadaan ini terutama terdapat pada rumah sakit pemerintah yang semakin lama semakin berkurang subsidiya.
- 2) Penetapan Tarif untuk Subsidi Silang
Dalam manajemen rumah sakit diharapkan ada kebijakan agar masyarakat ekonomi kuat dapat ikut meringankan pembiayaan rumah sakit bagi masyarakat ekonomi lemah.
- 3) Penetapan Tarif untuk meningkatkan akses pelayanan

Ada suatu keadaan rumah sakit mempunyai misi untuk melayani masyarakat miskin. Oleh karena itu, pemerintah atau pemilik rumah sakit itu mempunyai kebijakan penetapan tarif serendah mungkin. Diharapkan dengan tarif yang rendah maka akses orang miskin menjadi lebih baik.

4) Penetapan Tarif untuk meningkatkan Mutu Pelayanan

Di berbagai rumah sakit pemerintah daerah, kebijakan penetapan tarif pada bangsal VIP dilakukan berdasarkan pertimbangan untuk peningkatan mutu pelayanan dan peningkatan kepuasan kerja dokter spesialis.

5) Penetapan Tarif untuk Tujuan Lain

Beberapa tujuan lainnya, misalnya mengurangi pesaing, memaksimalkan pendapatan, meminimalkan penggunaan, menciptakan *corporate image*.

Berdasarkan kutipan di atas dapat disimpulkan bahwa dalam penetapan tarif pelayanan kesehatan memiliki tujuan atau sasaran dilakukannya penetapan tarif tersebut, yaitu baik dari segi laba, volume penjualan, mutu pelayanan, penjualan dan lain sebagainya.

2.4.4 Proses Penetapan Tarif Pelayanan Kesehatan

Pemilik rumah sakit dapat berupa lembaga swasta, perorangan ataupun pemerintah. Rumah sakit swasta dapat berupa rumah sakit *for-profit* ataupun *non-profit*. Berdasarkan perbedaan tersebut Laksono Trisnantoro (2006, 150) mengemukakan mengenai proses penetapan tarif yaitu sebagai berikut:

1) Penetapan Tarif Rumah Sakit dengan Menggunakan Pendekatan Perusahaan.

Teknik-teknik penetapan tarif pada perusahaan sebagian besar berlandaskan informasi biaya produksi dan keadaan pasar, baik monopoli, oligopoly maupun persaingan sempurna.

2) Penetapan Tarif dengan Melihat Pesaing.

Struktur pasar rumah sakit saat ini menjadi "saling mengintip". Hubungan antar rumah sakit

dalam menetapkan tarif benar-benar dilakukan berbasis pada analisis pesaing dan demand. Dalam metode ini yaitu: (1) penetapan tarif di atas pesaing (2) penetapan tarif di bawah pesaing.

3) Penetapan Tarif pada Organisasi Pemerintah.

Pada berbagai sektor termasuk kesehatan, pemerintah masih mempunyai kewajiban mengatur tarif. Kewajiban ini ditujukan untuk menjamin terjadinya pemerataan pelayanan rumah sakit. Untuk itu, pemerintah merasa perlu menegaskan bahwa berbagai komponen biaya penyelenggaraan rumah sakit tetap disubsidi, antara lain: gaji, investasi, dan penelitian pengembangan.

Pendapat lain mengenai proses penetapan tariff dikemukakan oleh Berkowitz (1996, 233)

Establishing the price for a product or service effectively is a multistep procces. Organizations must:

- 1) *Identify the constraints to their pricing policy*
- 2) *Determine their objectives*
- 3) *Estimate demand and revenue*
- 4) *Determine the cost, volume, and profit relationships*
- 5) *Select a pricing strategy*
- 6) *Consider the positioning element to their final prices.*

Seperti yang dikutip oleh Djoko Wijono (2000, 888) berdasarkan Kep. Menkes. No. 282/ MENKES/ SK/ III/ 1993 mengenai pola tarif rumah sakit swasta dan salah satunya menjelaskan mengenai dasar-dasar dalam proses penetapan tarif pelayanan di rumah sakit swasta serta pembinaan dalam penetapan tarif rumah sakit swasta yaitu sebagai berikut:

Tarif pelayanan di rumah sakit ditentukan oleh komponen biaya yang dipergunakan yaitu jasa pelayanan rumah sakit, biaya bahan, alat habis pakai, jasa medis dan anastesi.

- 1) **Komponen Penunjang Diagnostik**
 - a) **Laboratorium Patologi**

- b) Radiodiagnostik
 - c) Diagnostic Elektromedik
 - d) Tindakan Diagnostik lain.
- 2) Tindakan Medis Operatif
 - a) Tidakan Medis Operatif Efektif
 - b) Tindakan Medis Operatif Akut (kecil, besar, sedang dan khusus).
 - 3) Tindakan Medis Non Operatif
 - a) Tidakan Medis Non Operatif Efektif
 - b) Tindakan Medis Non Operatif Akut (kecil, besar, sedang dan khusus).
 - 4) Tindakan Radioterapi
Tindakan pengobatan dengan mempergunakan antara lain Sinar Radioaktif atau Linax untuk tujuan Kuratif maupun Paliatif.
 - 5) Tindakan Rehabilitasi Medis
 - a) Rehabilitasi Fisik dan Jiwa
 - b) Ortitik atau Prostetik
 - 6) Tarif komponen pelayanan untuk pasien rawat jalan berpedoman kepada tarif tindakan atau pemeriksaan sejenis.

Pembinaan

- 1) Pembinaan pelaksanaan pola tarif rumah sakit dilaksanakan oleh Direktur Jenderal Pelayanan Medik.
- 2) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan pola tarif rumah sakit dilakukan oleh Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan setempat dan dilaporkan Kepada Direktur Jenderal Pelayanan Medik.

Berdasarkan kutipan di atas dapat disimpulkan dalam proses penetapan tarif memiliki tahapan-tahapan agar nantinya tarif yang ditetapkan dapat menutupi biaya serta sesuai dengan laba yang diharapkan.

2.5 Laba

2.5.1 Pengertian Laba

Menurut Riduan Tobink, IR Nirwana (2004, 262) menjelaskan bahwa : “Laba adalah kelebihan pendapatan dibandingkan dengan jumlah biaya yang dikeluarkan untuk memperoleh pendapatan”.

Sedangkan menurut Ari Purwanti dan Darsono Prawironegoro (2007, 121) menjelaskan bahwa:

Laba merupakan prestasi seluruh karyawan dalam suatu perusahaan yang dinyatakan dalam bentuk angka keuangan yaitu selisih positif antara pendapatan dikurangi beban (*expenses*). Laba merupakan dasar ukuran kinerja bagi kemampuan manajemen dalam mengoperasikan harta perusahaan. Laba harus direncanakan dengan baik agar manajemen dapat mencapainya secara efektif.

Dari kedua pendapat diatas, maka dapat disimpulkan bahwa laba ialah pendapatan perusahaan yang dinyatakan dalam angka keuangan yang merupakan selisih positif antara penjualan dan biaya.

2.5.2 Pengertian Perencanaan Laba

Pada umumnya suatu perusahaan yang sudah mapan mempunyai perencanaan yang baik, yang biasanya dimulai dari pengolahan data historis melalui peramalan secara ilmiah.

Menurut Darsono Prwironegoro (2005, 163) berpendapat bahwa yang dimaksud dengan perencanaan laba merupakan program kerja manajemen untuk memperoleh laba pada setiap transaksi bisnis, bulanan, triwulanan, semesteran, dan paling lama per satu tahun.

Sedangkan William K. Carter, Milton F. Usry 2005, 4) yang diterjemahkan oleh Krista berpendapat bahwa:

Perencanaan Laba (*Profit Planning*) adalah pengembangan dari suatu rencana operasi guna mencapai cita-cita dan tujuan perusahaan. Laba adalah penting di dalam suatu rencana adalah laba yang memuaskan.

Berdasarkan pendapat di atas, maka dapat disimpulkan bahwa perencanaan laba merupakan anggaran yang diestimasi oleh perusahaan dan akan diaplikasikan di dalam realisasi kegiatan bisnis perusahaan, yang pada akhirnya akan terjadi selisih antara anggaran/rencana dengan realisasi.

2.5.3 Pengertian Laba Kotor

Dalam praktiknya, laba yang diperoleh perusahaan terdiri dari 2 macam, yaitu laba kotor (*Gross Profit*) dan laba bersih (*Net Profit*).

Jhon Wild, K. R Subramanyam, Robert F Halsey (2004, 120) berpendapat bahwa: "Laba kotor (*Gross Profit*) atau margin kotor (*Gross Margin*) adalah pendapatan dikurangi harga pokok produksi, laba sering dilaporkan dalam bentuk *presentase*".

Sementara itu, Sumadji P. Yudha Pratama, Rosita (2006, 351-352) berpendapat bahwa:

Laba kotor adalah penjualan bersih dikurangi dengan harga pokok produksi, sementara laba kotor penjualan adalah laba yang diperoleh dari penjualan dikurangi harga pokok barang yang dijual atau selisih lebih antara hasil penjualan bersih dengan biaya pokok.

Berdasarkan kedua definisi di atas, maka dapat disimpulkan bahwa laba kotor merupakan selisih antara pendapatan dengan harga pokok produksi, dimana harga pokok produksi merupakan gabungan antara biaya bahan baku, biaya tenaga kerja, biaya *overhead* pabrik.

2.5.4 Analisis Laba Kotor

Perubahan dalam laba kotor, baik itu kenaikan atau penurunan perlu dianalisis untuk mengetahui perubahan tersebut, adapun yang dimaksud dengan laba kotor adalah :

Bastian Bustami dan Nurlela (2007, 143), menjelaskan bahwa analisis laba kotor adalah memecah-mecah atau membagi menjadi bagian-bagian atau elemen-elemen yang lebih kecil dengan tujuan untuk menentukan penyebab terjadinya penyimpangan atau selisih laba kotor dan untuk mengetahui hubungan antara elemen-elemen tersebut. Beberapa jenis perhitungan analisis laba kotor adalah sebagai berikut :

- a) Analisis Selisih Laba Kotor
- b) Analisis selisih laba kotor pada operasi sesungguhnya dengan laba kotor yang dianggarkan/ tahun sebelumnya pada periode tertentu.
- c) Analisis Selisih Penjualan
- d) Analisis selisih penjualan pada operasi sesungguhnya dengan penjualan yang dianggarkan/ tahun sebelumnya atau periode sebelumnya.

Sedangkan Menurut Jumingan (2005, 166) berpendapat bahwa:

Perubahan dalam laba kotor (*gross profit*) perlu dianalisis untuk mengetahui perubahan tersebut, baik perubahan yang menguntungkan ataupun tidak menguntungkan, sehingga akan dapat diambil kesimpulan dan atau diambil tindakan seperlunya untuk priode berikutnya.

Pada dasarnya perubahan laba kotor disebabkan oleh dua faktor:

- a) Faktor Penjualan
- b) Faktor Harga Pokok Produksi

Sementara itu Jhon J Wild, K. R Subramanyam, Robert F Halsey (2004, 122) yang diterjemahkan Yanivi S Bachtiar berpendapat bahwa:

Menganalisis perubahan laba kotor berguna untuk menemukan penyebab utama perubahan laba kotor. Jenis perubahan sering kali terjadi atas salah satu atau kombinasi dari

- a) Kenaikan (Penurunan) Volume penjualan
- b) Kenaikan (Penurunan) Harga jual per unit
- c) Kenaikan (Penurunan) Biaya per unit

Dari beberapa pendapat diatas, maka dapat disimpulkan bahwa perubahan analisis laba kotor dipengaruhi oleh penjualan dan harga pokok produksi dimana terjadi perbandingan antara anggaran dan realisasi pada periode atau tahun tertentu.

2.6 Pengaruh Penerapan *Activity Based Costing* Dalam Menentukan Tarif Rawat Inap Terhadap Laba

Perhitungan biaya produk tradisional menelusuri hanya biaya bahan baku langsung dan biaya tenaga kerja langsung ke setiap unit output. Tetapi, *Activity Based Costing* mengakui bahwa banyak biaya-biaya lain yang pada kenyataannya dapat ditelusuri tidak ke unit output, tetapi ke aktivitas yang diperlukan untuk memproduksi output. Bila penentuan tarif rawat inap berdasarkan aktivitas yang dikonsumsi, maka akan dihasilkan tarif rawat inap

yang sesungguhnya dikonsumsi suatu produk dan akan mempengaruhi terhadap laba yang dihasilkan.

Sistem biaya tradisional yang selama ini digunakan untuk menghitung tarif rawat inap, dalam perkembangannya terasa tidak memberikan informasi akurat bagi rumah sakit. Dalam sistem tradisional biaya overhead pabrik dikonsumsi diasumsikan berbanding lurus dengan volume produksi yang terdistorsi, karena tidak semua sumber daya yang ada digunakan oleh satu produk dalam proses produksi dikonsumsi secara proporsional.

Besarnya tarif rawat inap akan mempengaruhi tingkat laba kotor yang diterima oleh perusahaan, apabila rumah sakit tersebut tidak bisa menentukan tarif suatu produk yang dihasilkan dengan tepat, maka bukan tidak mungkin laba yang ingin dicapai akan mengalami hambatan. Perencanaan terhadap penentuan tarif rawat inap pun merupakan faktor utama yang dapat mempengaruhi tingkat laba kotor yang diperoleh perusahaan.

Dengan demikian, penggunaan metode *Activity Based Costing* ini hadir untuk mengurangi distorsi yang ditimbulkan tersebut, karena dalam sistem *Activity Based Costing* ini biaya suatu produk ditelusuri berdasarkan aktivitas pelayanan rawat inap sehingga akan mampu menentukan tarif rawat inap yang lebih akurat yang akan membantu rumah sakit untuk meningkatkan laba yang optimal. Maka dari itu, dengan segala kelebihannya, penerapan penentuan tarif rawat inap berdasarkan metode *Activity Based Costing* rumah sakit akan dapat mengetahui lebih jelas apakah tarif rawat inap tiap produk yang dihasilkan sudah sesuai atau tidak.

BAB III

OBJEK DAN METODE PENELITIAN

3.1 Objek Penelitian

Objek yang dipilih pada penelitian ini adalah penentuan tarif jasa rawat inap sebagai *Variable Independent* (variable x) dan peningkatan laba sebagai *Variable Dependen* (variabel y) adalah pendapatan yang dibandingkan dengan jumlah biaya yang dikeluarkan untuk memperoleh pendapatan. Untuk memperoleh data dan informasi yang diperlukan dalam menyusun makalah skripsi, penulis melakukan penelitian langsung pada RSUD R. Syamsudin, SH yang beralamat di Jalan Rumah Sakit No.1 Kota Sukabumi.

RSUD R. Syamsudin,SH adalah suatu Lembaga Teknis Daerah yang mempunyai tugas pokok menyelenggarakan dan melaksanakan pelayanan, promosi, pencegahan, pemulihan, penyembuhan, rehabilitasi, pendidikan, mempunyai fungsi sebagai perumusan kebijakan startegis dan teknis dibidang kesehatan rujukan yang berkesinambungan, pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintah daerah dibidang kesehatan, dan pembinaan dan pelaksanaan tugas dibidang kesehatan.

3.2 Metode Penelitian

3.2.1 Desain Penelitian

Suatu penelitian yang dilakukan pada dasarnya mengarah pada pengembangan teori kepada praktek yang ada di lapangan (realita) dengan menggunakan langkah-langkah tertentu yang bersifat logis untuk memperoleh data serta informasi yang dibutuhkan, yang meliputi :

1) Jenis, Metode dan Teknik Penelitian

a) Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan penulis dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan deskriptif eksploratif yaitu studi yang menjelaskan data sesuai dengan fenomena yang diamati oleh penulis. Untuk data dan informasi yang lebih lanjut, fenomena ini akan berkaitan dengan subjek dimana penulis melakukan penelitian. Penulis melakukan penelitian dengan dua variabel penetapan tarif jasa rawat inap menggunakan *Activity Based Costing* dan peningkatan laba pada RSUD R. Syamsudin, SH.

b) Metode Penelitian

Metode penelitian yang dilakukan oleh penulis adalah studi kasus, yaitu metode yang dilakukan dengan meneliti lebih dalam lagi data yang ada dan memberikan gambaran yang lengkap mengenai topik tertentu yang

dimaksud, dengan subjek yang diteliti adalah RSUD R. Syamsudin, SH.

c) Teknik Penelitian

Teknik penelitian yang digunakan oleh penulis sebagai pedoman dalam penyusunan skripsi ini adalah statistik kualitatif, yang mencari jawaban atas hubungan sebab akibat dengan membanding antara faktor-faktor penyebab terjadinya maupun munculnya fenomena-fenomena tertentu dari data yang di peroleh dalam menentukan tarif jasa rawat inap dan pengaruhnya terhadap peningkatan laba.

2) Unit Analisis

Unit analisis yang diteliti dalam penelitian ini adalah grup (kelompok), yaitu sumber data yang unit analisisnya merupakan respon dari fungsional suatu organisasi, dimana dalam penelitian ini adalah pada bagian akuntansi RSUD R. Syamsudin, SH.

3.2.2 Operasionalisasi Variabel

Table 6
Operasionalisasi Variabel

Variabel	Indikator	Skala/ukuran
1. Tarif Rawat Inap <i>(Activity Based Costing)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Biaya <i>Overhead</i> Rumah Sakit Biaya Pemberian Makanan Biaya Pemonitoran Biaya Perawatan Biaya Penginapan 	<ul style="list-style-type: none"> • Ratio • Ratio • Ratio • Ratio
2. Tingkat Laba	<ul style="list-style-type: none"> • Perubahan Pendapatan sesungguhnya • Pendapatan yang telah dihitung dengan metode ABC 	<ul style="list-style-type: none"> • Ratio • Ratio

3.2.3 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan adalah dengan menggunakan beberapa metode, yaitu :

1) Pengumpulan Data Primer

Dilakukan dengan studi lapangan (*Field Research*), yaitu penelitian yang dilakukan secara langsung ke RSUD R. Syamsudin, SH Sukabumi untuk memperoleh data melalui wawancara yaitu teknik pengambilan data dengan cara tanya jawab baik melalui telepon maupun melalui tatap muka, dimana penulis bertanya secara langsung dengan staf HRD dan

staf *Marketing* tentang kondisi perusahaan yang berhubungan dengan skripsi yang dibuat.

2) Penelitian Data Sekunder

Dilakukan dengan cara penelitian kepustakaan (*Library Research*), yaitu penelitian yang dilakukan dengan cara membaca buku serta menelaah *literature* yang ada keterkaitannya dengan permasalahan yang dibahas dalam penelitian sebagai acuan teoritis.

3.2.4 Metode Analisis

Metode yang digunakan dalam skripsi ini adalah deskriptif, yaitu gambaran secara sistematis, akurat dan actual mengenai fakta-fakta tentang menetapkan tarif jasa rawat inap yang pada akhirnya menghasilkan akumulasi data, dimana data yang didapat diharapkan dapat memberi suatu informasi yang dibutuhkan, sehingga penulis mendapatkan suatu analisa tarif jasa rawat inap terhadap peningkatan laba pada RSUD R. Syamsudin, SH Sukabumi. Adapun alat analisis yang akan digunakan antara lain :

1) Penetapan tarif jasa rawat inap berdasarkan *Activity Based*

Costing

Biaya tenaga kerja

Biaya *Overhead* rumah sakit :

ingin mengetahui peningkatan laba apabila menggunakan metode *Activity Based Costing*. Karena selama ini Pemda Sukabumi menggunakan metode tradisional dalam penetapan tarif rawat inap dan kemungkinan kelas 1 ini tidak dapat mencapai target yang telah dianggarkan karena belum efisiennya metode yang digunakan Pemda Sukabumi dalam menentukan tarif rawat inap.

Pengalokasian biaya pada ruang rawat inap kelas satu berdasarkan bobot persentase penggunaan biaya selama setahun dari biaya pelayanan jasa rawat inap secara keseluruhan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Gambaran Umum Rumah Sakit

4.1.1. Sejarah dan Perkembangan Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) R. Syamsudin, S.H. pada saat awal pendiriannya diberi nama Gemeente Ziekenhuis pada tanggal 9 September 1920 berdasarkan SK Directur Van Binenlands Bestuur Nomor 2101/A yang dikuasai (dikelola) oleh Gemeente Soekaboemi.

Pada waktu itu biaya pemeliharaan dan penyelenggaraan rumah sakit sangat menekan budget Gemeenterad Soekaboemi (Pemerintah Kota Kecil Sukabumi) dan subsidi dari Pemerintah yang tidak tentu besarnya, tidak dapat menutupi kebutuhan biaya tersebut, sehingga setelah 12 tahun tepatnya 10 Desember 1932 berdasarkan Surat Keputusan Staad Gemeenteraad Soekaboemi Nomor 41 dijual kepada Vereeniging Van Vrouwen Tot Heit Verplegen Van Zieken En Hartgheid Tereere Gods en Lieve Tot Denaste Onder de Ziekenskpruk / Toevlucht in Leiden yang berkedudukan di Bergen op Zoom Nederland.

Pada tanggal 27 Pebruari 1037 dijual kepada P. Guliek sebagai Eigendomsperceel atas nama Roma Katholik Misi. Saat itu bernama Rumah Sakit St. Lidwina.

Pada waktu Pemerintahan Jepang di Indonesia kira-kira tahun 1943, semua hak milik R.K. Missie yang ada di Sukabumi, salah satu diantaranya Rumah Sakit St. Lidwina yang dianggap vital telah dikuasainya dan pengawasan atau pengelolaan Rumah Sakit St. Lidwina dilimpahkan kepada Sukabumi Si (kini Kotamadya Daerah Tingkat II Sukabumi).

Pada saat pendudukan Militer Belanda, terhitung mulai tanggal 1 Maret 1948, berdasarkan SK Sekretaris van Staad, Hoof van Heit Departement Gezonheid Nomor 8387 pada tanggal 22 April 1948 maka pengelolaannya dikembalikan kepada Convregative van Zuster van Bergen Op Zoom sebagai Heerstel in Het Feiteelyke Bezeite oleh MMCD dan Departement van Gezonheid.

Sejak jaman sebelum perang kemerdekaan, Rumah Sakit St. Lidwina (dahulu Bunut) dikenal sebagai rumah sakit umum di Jawa Barat yang dijadikan sebagai salah satu rumah sakit rujukan yang melayani penduduk Kotamadya Sukabumi, Kabupaten Sukabumi, Kabupaten Cianjur, Kabupaten Lebak dan sebagian Kabupaten Bogor.

Dalam rangka perwujudan usaha pemerintah tentang pelayanan sosial kepada masyarakat dalam bidang kesehatan juga berdasar kepada permintaan atau mosi masyarakat baha Rumah sakit St. Lidwina (Bunut) supaya dikuasai dan dikelola oleh Pemerintah Daerah Kotamadya Tingkat II Sukabumi.

Akhirnya pada tahun 1979 tepatnya pada tanggal 22 Pebruari 1979 berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 51/Menkes/SK.II/79, Rumah sakit St. Lidwina (Bunut) resmi menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C R. Syamsudin, S.H. Kotamadya Daerah Tingkat II Sukabumi

Tanggal 10 Juni 1993 berdasarkan SK Walikota Daerah Tingkat II Sukabumi nomor 5, ditetapkan sebagai rumah sakit uji coba Swadana Daerah. Berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI nomor 494 tanggal 30 Mei 1994, RSUD R. Syamsudin, S.H. ditetapkan sebagai Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B Non Pendidikan dan tanggal 17 Maret 1995 ditetapkan sebagai Rumah Sakit Swadana berdasarkan SK Menteri Dalam Negeri nomor 44-32-208.

Berdasarkan SK Ditjen Yan Medik DepKes RI Nomor : YM 02.03.3.5.5843 tgl 22 April 1998 RSUD R. Syamsudin, S.H mendapatkan Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit dengan Status Akreditasi Penuh untuk 5 (lima) Standar Pelayanan meliputi : Administrasi Manajemen Pelayanan Medis, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan dan Rekam medis.

Peresmian Ruang Rawat Jalan dan Ruang rawat inap Tanjung oleh Walikota Sukabumi tanggal 25 April 2002. Renovasi Ruang Radiologi dan Peresmian Ruang Laboratorium Patologi Klinik dan Patologi Anatomi oleh Walikota Sukabumi.

Mendapatkan sertifikat Akreditasi Rumah Sakit dengan Status Akreditasi Penuh untuk 12 Pelayanan meliputi : Administrasi Manajemen, Pelayanan Medis, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan, Rekam Medis, Farmasi, K3, Radiologi, Laboratorium, Kamar Operasi, Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Perinatal Resiko Tinggi, sesuai dengan SK Ditjen Yan Medik Nomor : 00.03.2.2.154 tanggal 27 Januari 2003. Penerimaan bantuan Kendaraan Ambulance dari Gubernur Jawa Barat tanggal 2 Januari 2003. Peresmian Ruang Hemodialisa RSUD R. Syamsudin, SH oleh Gubernur Jawa Barat tanggal 20 Januari 2003. Penerimaan bantuan dari LSM Latter Day Saint Charities oleh Walikota Sukabumi, Wakil dari Menkokesra dan Kepala RSUD R Syamsudin, SH tanggal 22 Januari 2003

Pada tahun 2006 RSUD R. Syamsudin, SH menjadi rumah sakit PONEK untuk keselamatan ibu dan anak.

Pada tahun 2007 RSUD R. Syamsudin, SH ditunjuk sebagai salah satu rumah sakit untuk rujukan Avian Influenza (AI) di Jawa Barat dengan mendapat fasilitas alat-alat perawatan Avian Influenza dari DEPKES / MENKOKESRA.

Tahun 2008 Terjadi perubahan Pengelolaan Keuangan rumah sakit dari Swadana menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) berdasarkan Keputusan Walikota Sukabumi Nomor 31 tahun 2008 tentang RSUD R. Syamsudin, SH sebagai SKPD yang menerapkan PPK-BLUD secara Penuh

RSUD R. Syamsudin, S.H telah meningkatkan kualitas pelayanan disertai pelayanan yang tersertifikasi ISO 9001:2000/SNI 19-9001-2001 dengan sertifikat Quality System Certificate Reg. No. 201-07/13

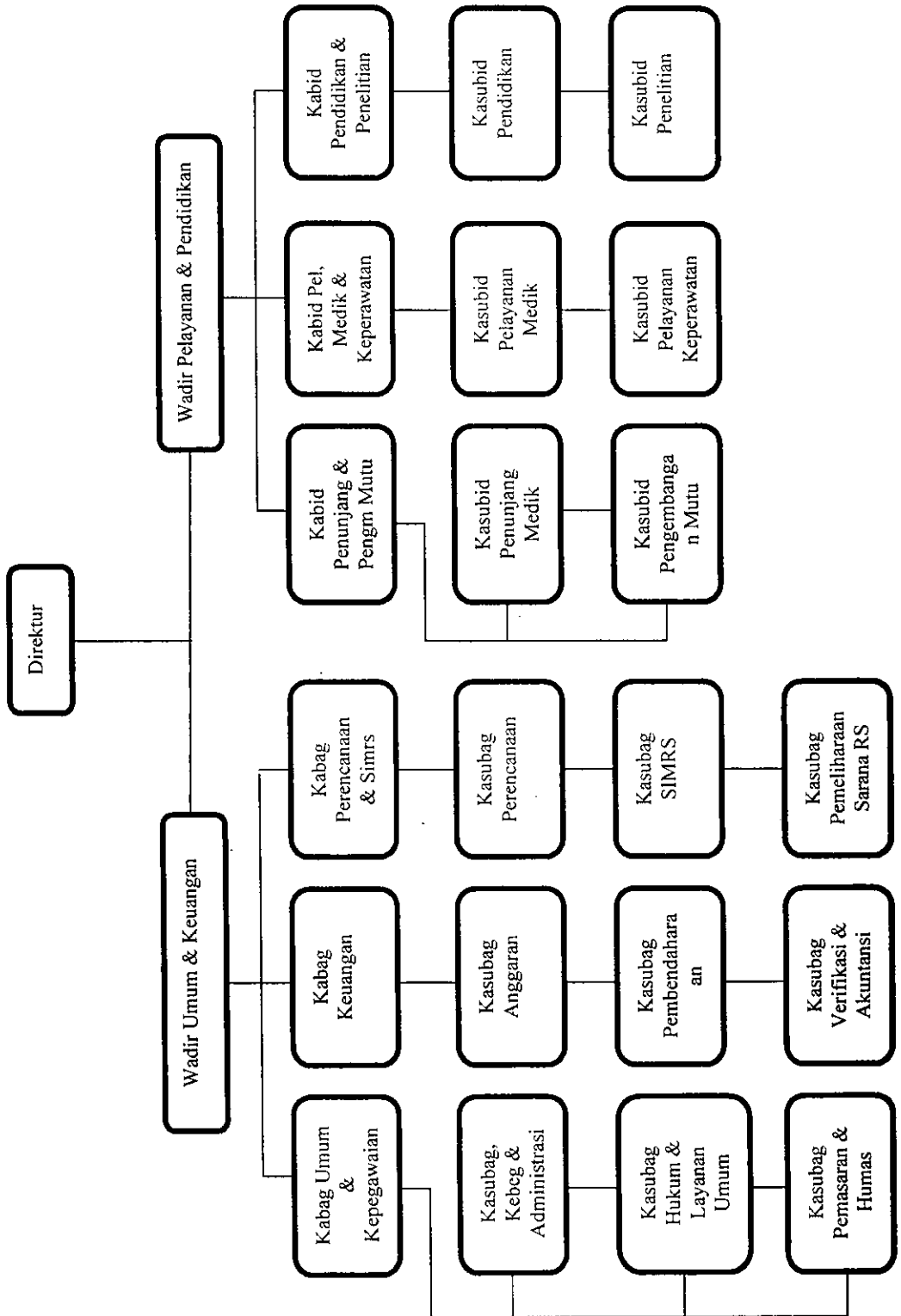
4.1.2. Struktur Organisasi Perusahaan, Visi Misi, Data Umum dan Data Fasilitas RSUD R.Syamsudin,SH

4.1.2.1. Struktur Organisasi

Setiap perusahaan, baik yang berbadan hukum maupun tidak berbadan hukum pasti memiliki struktur organisasi. Karena dengan struktur organisasi tersebut akan jelas dan tergambar wewenang dan tanggungjawab, jenjang *control* dan komunikasi serta koordinasi diantara personel/ individu/ *group* (tim) yang terlibat di dalamnya sehingga tujuan organisasi akan lebih cepat tercapai secara efektif dan efisien.

Mengenai susunan dan tata kerja rumah sakit secara keseluruhan diatur oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia yang berupa Keputusan Menteri Kesehatan dimana pasal-pasalnya mengatur rumah sakit baik menurut jenis maupun kepemilikannya.

Adapun struktur organisasi yang melingkupi posisi dalam organisasi, dan uraian tugas yang ada pada RSUD R. Syamsudin,SH yaitu sebagai berikut:



Gambar 3

Struktur Organisasi

RSUD R.Syamsudin,SH

Adapun uraian tugas, wewenang dan tanggung jawab masing-masing bagian pada RSUD R.Syamsudi,SH adalah Sebagai Berikut :

1) Direktur Rumah Sakit

Kepala rumah sakit mempunyai tugas membantu Kepala Daerah dalam merumuskan kebijakan umum dan teknis bidang pelayanan kesehatan, memimpin, mengkoordinasi, mengawasi, mengevaluasi dan mengendalikan kegiatan RSUD R. Syamsudin, SH, membuat rencana strategis, rencana kerja dan akuntabilitas, kinerja RSUD R. Syamsudin, SH dalam rangka pelaksanaan tugas :

Menetapkan pengaturan internal, mengadakan koordinasi/kerjasama dengan dinas/instansi/lembaga terkait lainnya untuk kepentingan pelaksanaan tugas, membina dan mengawasi seluruh pegawai dalam upaya meningkatkan produktivitas kerja, mengkaji dan menyiapkan bahan penetapan kebijakan kepala daerah dibidang pelayanan kesehatan, membimbing, mengendalikan dan memonitor pelaksanaan pelayanan kesehatan, menyelenggarakan pembinaan teknis bidang pelayanan rumah sakit dan memberikan pelayanan kepada masyarakat, melaksanakan konsultasi dan/atau mengadakan penelitian untuk pelayanan kesehatan,

memberikan saran dan pendapat yang berhubungan dengan kebijakan pelayanan kesehatan yang akan ditetapkan oleh kepala daerah, mempertanggung jawabkan tugas RSUD R. Syamsudin, SH secara operasional kepada kepala daerah melalui Wakil Kepala Daerah, mempertanggung jawabkan RSUD R. Samsudin,SH secara administrasif kepada Kepala Daerah melalui Skertariat Daerah dan melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Daerah.

Dalam melaksanakan tugasnya Kepala Rumah Sakit dibantu oleh :

- a) Wakil Direktur Umum dan Keuangan
 - b) Wakil Direktur Pelayanan dan Pendidikan
 - c) Komite
 - d) Staf Medis Fungsional
 - e) Satuan Pengawas Internal
 - f) Satuan Pengendalian Mutu Pelayanan Rumah Sakit (SPMPRS)
 - g) Instalasi
- 2) Wadir Umum & Keuangan

Mempunyai tugas membantu dan bertanggung jawab kepada Direktur dalam hal penyusunan rencana kerja bagian umum dan keuangan, pemberian pelayanan dan pengelolaan administrasi umum,

perlengkapan, kepegawaian, perencanaan dan keuangan, penyediaan dan pengelolaan data untuk penyusunan rencana strategis, rencana kerja dan pelaporan akuntabilitas kerja, penyusunan anggaran dan panitia urusan keuangan, pengumpulan peraturan-peraturan dibanding rumah sakit, penyelenggaraan pengadaan, pemeliharaan dan pengelolaan perlengkapan barang inventris, pembinaan dan pengendalian dibidang administrasi umum, perlengkapan kepegawaian, perencanaan dan keuangan, penyelenggaraan dan pengelolaan system informasi keuangan, pengelolaan ebersihan, keamanan danketertiban, pengkoordinasian dan pengendalian pengelolaan kesekretariatan dan aspek hokum, pengkoordinasian dan pengendalian implementasi system informasi dan manajemen, pengkoordinasian system remunerasi yang berkeadilan, pemantauan evaluasi, dan pelaporan pelaksanaan tugas, pengkoordinasian dan konsultasi dengan dinas/instansi terkait untuk kelancaran dalam pelaksanaan tugas dilingkungan RSUD R. Syamsudin,SH dan pelaksanaan tugas lain yang diberikan atasan, dan dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dibantu oleh : Bagian Umum dan Kepegawaian, Bagian

Keuangan, bagian Perencanaan dan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit.

a) Kabag Umum & Kepegawaian

Mempunyai tugas membantu dan bertanggung jawab kepada Wakil Sirektur Umum dan Keuangan dalam hal: pelaksanaan urusan umum dan kepegawaian, penyiapan badan dkeperluan rumah tangga, penerimaan, pencatatan, penyimpanan dan pendistribusian perlengkapan, pemeliharaan, dan pengendalian barang-barang inventaris, penyiapan bahan usaha kenaikan pangkat, kenaikan gaji berkala, cuti, mutasi, pension, dan pnghargaan pegawai, penyiapan bahan usulan program diklat dan pengembangan pegawai, pengelolaan ketertiban, kebersihan dan keamanan lingkungan, pelaksanaan adminiastasi surat menyurat yang diperlukan, pelaksanaan kerjasama kemitraan yang menguntungkan, penyelenggaraan system kehumasan yang baik dan professional, penyelenggaraan system pemasaran yang professional di RSUD R.Syamsudi,SH serta pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan, dalam pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud dibantu oleh : Subag Kepegawaian dan

Administrasi, Subag Hukum dan Layanan Umum,
dan Subag Pemasaran Humas.

b) Kabag Keuangan

Mempunyai tugas membantu dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan dalam Hal : penyiapan bahan rencana kerja anggaran keuangan, pelaksanaan pengendalian pengelolaan keuangan, penyusunan laporan pertanggung jawaban keuangan, pengamanan uang kas, tanda bukti brankas, dan surat-surat berharga, penyelenggaraan system informasi manajemen keuangan di RSUD R. Syamsudin,SH dan pelaksanaan tugas lainnya yang diberikan oleh atasan dalam melaksanakan tugas bagaimana dimaksud dibantu oleh : Subag Anggaran, Subag Perbendaharaan, dan Subag Verifikasi dan Akuntansi.

c) Kabag Perencanaan dan Sistem Informasi
Manajemen Rumah Sakit

Mempunyai tugas membantu dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Umum dan Keuangan dalam hal : penyusunan rencana dan melakukan monitoring serta mengevaluasi bantuan dana, menyusun master plan, rencana

strategis, dan rencana kerja pengelolaan dan pengendalian asset, pengelolaan dan pengembangan system informasi manajemen, pengelolaan pelaporan output pelayanan, penyusunan laporan, pertanggung jawaban tahunan, penyusunan laporan akuntabilitas kinerja dan penyusunan profil RSUD R. Syamsudin,SH dan pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan, dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dibantu oleh : Subag Perencanaan, Subag Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit, dan Subag Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit.

3) Wakil Direktur Pelayanan dan Pendidikan

Mempunyai tugas membantu dan bertanggung jawab kepada Direktur dalam hal : penyusunan rencana kerja bidang pelayanan dan pendidikan, permusan bahan kebijakan penyelenggaraan kegiatan bidang pelayanan dan pendidikan sesuai kebijakan Direktur, perumusan bahan penyusunan pedoma standarisasi dan prosedur tata kerja yang berkaitan dengan bidang pelayanan dan pendidikan, penyelenggaraan kegiatan kebijakan manajerial tentang layanan penunjang dan pengembangan mutu berkelanjutan yang berbasis standar akreditasi dan ISO 9001-2000 –IWA 1/2005,

penyelenggaraan dan pengelolaan system pelayanan yang komperhensif dan berkesinambungan sebagai penunjang system manajemen rumah sakit, pengkoordinasian pengelolaan perlengkapan, kepegawaian, dan rumah tangga seluruh instalasi di Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan, penyelenggaraan kegiatan pendidikan formal dan non formal bagi pegawai serta kegiatan penelitian seluruh bidang keilmuan, baik medis, keperawatan, maupun manajemen administrasi, pelaksanaan evaluasi hasil telaahan dan monitoring pegawai dibawah tanggung jawabnya dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan, pengkoordinasian dan konsultasi dengan dinas/instansi terkait untuk kelancaran pelaksanaan tugas, pengkoordinasian dan pengendalian kegiatan instalasi yang ada di RSUD R. Syamsudin,SH dan pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan, dan dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dibantu oleh : Bidang Penunjang dan Pengembangan Mutu, Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan, serta bidang pendidikan dan penelitian.

a) Kabid Penunjang dan Pengembangan Mutu

Mempunyai tugas membantu dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur

Pelayanan dan Pendidikan dalam hal : pelaksanaan pengendalian, kegiatan-kegiatan pelayanan penunjang dan menjamin terlaksananya kegiatan peningkatan mutu berkelanjutan, pelaksanaan kegiatan kebijakan manajerial tentang layanan penunjang (Patologo Klinik, Patologi Anatomi, Radiologi, Farmasi, Gizi CSSD, Pusat Diagnostik, Rekam Medik, Pengelolaan Limbah dan Layanan Penunjang lain yang dianggap perlu), pelaksanaan kebijakan terhadap pengembangan mutu berkelanjutan berbasis standar akreditasi maupun ISO 9001: 2000 – IWA 1 / 2005, aktivitas pelaksanaan pokja-pokja, peningkatan mutu berkelanjutan di RSUD R. Syamsudi,SH dan pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan, dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dibantu oleh : Subid Penunjang Medik dan Subid Pengembangan Mutu

b) Kabid Pelayanan Medik dan Keperawatan

Mempunyai tugas membantu dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan dan Pendidikan dalam hal : pelaksanaan dan pengelolaan system pelayanan yang komperhensif dan berkesinambungan untuk

menunjang system manajemen agar mampu memberikan pelayanan prima, bermutu dan senantiasa berorientasi kepada kepuasan pelanggan, pelaksanaan koordinasi dan pengelolaan system pelayanan pelanggan, pelaksanaan koordinasi pengelolaan perlengkapan kepegawaian dan urusan rumah tangga seluruh instalasi dibawah Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan, evaluasi dan monitoring pelaksanaan mutu pelayanan medic dan keperawatan, pelaksanaan koordinasi dengan bidang terkait dilingkungan RSUD R.Syamsudin,SH dan pelaksanaan tugas sebagaimana dimaksud dibantu oleh : Subid Pelayanan Medik dan Subid Pelayanan Keperawatan.

c) Kabid Pendidikan dan Penelitian

Mempunyai tugas membantu dan bertanggung jawab kepada Wakil Direktur Pelayanan dan Pendidikan dalam hal : pengkoordinasian dan pengendalian seluruh kegiatan pendidikan dan penelitian, pelaksanaan kegiatan pendidikan *in house training* maupun pendidikan non formal diluar yang dikoordinir dengan Bagian Umum dan Kepegawaian,

penyelenggaraan kegiatan penelitian diseluruh bidang keilmuan baik medis, keperawatan, maupun manajemen administrasi, pelaksanaan proses kebijakan terkait dengan lingkup dan *informed consent* penelitian di RSUD R. Syamsudin,SH dan pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh atasan, dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dibantu oleh Subid Pendidikan dan Subid Penelitian.

4.1.2.2 Visi dan Misi RSUD R.Syamsudin,SH

1) Visi

Daerah Terunggul Dalam Bidang Pelayanan dengan unggulan Surgery, Neurology, Afiliasi Pendidikan dan Penelitian

2) Misi

- a) Menyelenggarakan kegiatan peningkatan mutu seluruh pelayanan secara berkesinambungan berbasis kompetensi dan Integrasi Moral.
- b) Mengembangkan fasilitas Unggulan Pelayanan sesuai dengan perkembangan IPTEKDOK Medikolegal berbasis penelitian dan Penelusuran Riset Pasar.
- c) Menyelenggarakan Layanan Sosial Kesehatan yang bermutu tinggi

d) Menyelenggarakan Afiliasi Pendidikan dan Penelitian.

4.1.2.3 Data Umum dan Fasilitas RSUD R.Syamsudin,SH

Data Umum RSU

- | | |
|----------------------------|---|
| 1) Nama RSU | : RSUD R. Syamsudin,SH Kota Sukabumi |
| 2) Nomor Kode RSU | : 3272014 |
| 3) Kelas RSU | : TYPE B |
| 4) Alamat /Telepon/Fax | : JL.Rumah Sakit No.1 Kota Sukabumi
(0266)225180-225181 Fax.212988 |
| 5) Jumlah Tempat Tidur | : 372 TT |
| 6) Luas Lahan/Tanah RSU | : 51.000M ² |
| 7) Luas Bangunan | : 20.238,10M ² |
| 8) Pemilik/Pengelola | : Pemda Kota Sukabumi |
| 9) Kabupaten/Kota/Provinsi | : Kota Sukabumi/Jawa Barat |

Adapun fasilitas dan sarana yang ada pada RSUD R.Syamsudin,SH, yaitu sebagai berikut :

1) Gawat Darurat

Gawat Darurat buka 24 jam setiap hari. Dilengkapi Ruang pemeriksaan, ruang tindakan, Ruang observasi, Depo Farmasi, Radio Medik, mobil Ambulance sebanyak 1 unit. Pelayanan ini didukung tim medis dan nonmedis yang profesional dan telah memiliki sertifikasi pelatihan gawat darurat. Tenaga dokter jaga berjumlah 9 orang dokter umum. Pada

tahun 2007 ini gawat darurat akan dibagi menjadi 3 bagian yaitu :

- a) Gawat Darurat Umum : bertempat di seberang gedung poliklinik dan perkantoran bagian depan RSUD R. Syamsudin, SH untuk umum
- b) Gawat Darurat Kebidanan : bertempat di lantai 1 gedung poliklinik dan perkantoran untuk pasien kebidanan dan kandungan.
- c) Gawat Darurat Eksekutif : bertempat di gedung paviliun Seruni untuk pasien yang menginginkan pelayanan eksekutif.

Direncanakan pengembangan Instalasi Gawat Darurat dengan sistem yang terpadu, terkoordinasi di bawah satu atap dengan fasilitas yang lengkap didukung sarana penunjang modern dan canggih.

2) Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan buka 6 hari kerja, dengan jadwal:

- a) Senin – Kamis jam 08.00 – 14.00 WIB
- b) Jumat jam 08.00 – 11.00 WIB
- c) Sabtu jam 08.00 – 12.30

Terbagi atas 2 pelayanan poliklinik :

- a) Poliklinik rawat jalan umum

Bertempat di bagian depan gedung poliklinik dan perkantoran RSUD R. Syamsudin, SH.

Terdiri dari pelayanan :

- (1) Poliklinik Penyakit Dalam
 - (2) Poliklinik Penyakit Anak
 - (3) Poliklinik Kebidanan
 - (4) Poliklinik Kandungan
 - (5) Poliklinik Bedah Umum
 - (6) Poliklinik Bedah Tulang
 - (7) Poliklinik Penyakit Jantung
 - (8) Poliklinik Penyakit Paru
 - (9) Poliklinik Penyakit Mata
 - (10) Poliklinik Penyakit THT
 - (11) Poliklinik Penyakit Kulit & Kelamin
 - (12) Poliklinik Penyakit Saraf
 - (13) Poliklinik Kejiwaan
 - (14) Poliklinik Gigi
 - (15) Poliklinik Gizi
- b) Poliklinik eksklusif

Poliklinik ini bertempat pada gedung sentral diagnostik lantai 1. Buka dengan jadwal khusus dan perjanjian. Pada poliklinik ini akan dikembangkan pelayanan :

- (1) General Check Up
- (2) Poliklinik sub spesialis

Terdiri dari :

- (a) Poliklinik Diabetes
- (b) Poliklinik Hipertensi
- (c) Poliklinik Cardiovaskular
- (d) Poliklinik Tumbuh Kembang
- (e) Poliklinik Bedah Kosmetik & Kecantikan
- (f) Poliklinik Obesitas
- (g) Poliklinik konsultasi Psikologi
- (h) Poliklinik konsultasi Gizi dan Dietetik
- (i) Poliklinik infertilitas

Disamping itu terdapat juga pelayanan rawat jalan khusus, seperti :

- a) Central Diagnostik

Gedung sentral diagnostik bertempat di area belakang bagian rumah sakit. Menyediakan pelayanan Medical Check Up (Skrining Kesehatan) dan poliklinik subspecialistik didukung dengan fasilitas alat-alat canggih dan modern, meliputi Ventilator Mekanik, Ekokardiografi, treadmill, cryosurgery.

Pelayanan Medical Check Up meliputi :

- (1) Medical Check Up sederhana

- (2) Medical Check Up Standard
- (3) Medical Check Up Executive
- (4) Medical Check Up “Jantung” : terdapat pelayanan treadmill, echocardiography
- (5) Test Kesehatan Jiwa (Stress Test Psikiatri)
- (6) Medical Check Up Wanita : terdapat pelayanan Pap Smear, Kolposkopi.
- (7) Medical Check Up “ Customized “
- (8) THT Spesialistik : terdapat pelayanan endoscopy dan test alergi.

Direncanakan pengembangan berikutnya general Check Up khusus wanita dan beberapa poliklinik sub spesialistik lainnya.

b) Hemodialisa

Ruangan dengan motto “*Tender Loving Care*” ini bertempat di tengah – tengah rumah sakit, bersebelahan dengan ICU. Memiliki fasilitas penunggu pasien, ruang tindakan untuk umum dan VIP, penyaringan air dengan sistem Reverse Osmosis, ruang Re-Use, mesin hemodialisis berjumlah 8 unit dengan merk Nikisso dan Gambro AK-100.

Untuk meringankan beban penderita gagal ginjal, pelayanan hemodialisa RSUD R.

Syamsudin, SH menerima pembayaran dengan tunai, Askes, Askin dan nota perusahaan.

Tahun 2009 direncanakan pengembangan dan penambahan ruangan hemodialisa untuk observasi pasien, pemeriksaan dokter, ruang tindakan umum dan Hepatitis B serta HIV-AIDS.

c) Rehabilitasi Medik & Fisioterapi

Rehabilitasi Medik dan Fisioterapi RSUD R. Syamsudin, SH memberikan pelayanan terapi panas dalam tiga alat MWD, US, SWD. Selain itu terdapat teraksi Hidrolik, Polirematologi, Back School, Pendekatan dengan SI, Stroke Club.

3) Pelayanan Rawat Inap

Tabel 7
Data Kelas Rawat Inap Pada RSUD
R.Syamsudin,SH

No	Gedung Perawatan	Jumlah Tempat Tidur Pada Setiap Tipe Kelas Rawat Inap							Jumlah
		President Suit	VIP AC	VIP	Utama	Kelas I	Kelas II	Kelas III	
1	Didi Sukardi : Ruang untuk pelayanan semua SMF	2TT							2TT
2	Seruni : Ruang untuk pelayanan semua SMF	1TT	10TT	13TT					24TT
3	FX Sudarsono Ruang untuk pelayanan SMF Saraf			3TT		3TT			6TT
4	Geriatrici : Untuk pasien usia 60 tahun keatas dengan penurunan multiple fungsi organ			1TT		5TT			6TT
5	Anyelir : Ruang untuk pelayanan semua SMF		2TT	7TT					9TT
6	Kaca Piring : Ruang untuk pelayanan SMF penyakit dalam				10TT	15TT	16TT		41TT
7	Anggrek : Ruang untuk pelayanan semua SMF			4TT		5TT	8TT		17TT

8	Cempaka : Ruang untuk pelayanan SMF jantung					4TT	6TT		10TT
9	Teratai : Ruang untuk pelayanan SMF mata, bedah, jantung, paru, dan kulit kelamin						14TT	42TT	56TT
10	Flamboyan : Ruang untuk pelayanan SMF penyakit dalam						4TT	27TT	31TT
11	Aster : Ruang untuk pelayanan SMF bedah			2TT		18TT	7TT		27TT
12	Kemuning : Ruang untuk pelayanan SMF jiwa					4TT	6TT	3TT	13TT
13	Melati : Ruang untuk pelayanan SMF saraf, mata, THT dan kulit kelamin					4TT	11TT	12TT	27TT
14	Tanjung : Ruang untuk pelayanan perawatan anak			4TT		4TT	22TT	15TT	45TT
15	Mawar : Ruang untuk pelayanan SMF kebidanan			3TT		6TT	6TT	10TT	25TT
16	Perawatan bayi : Ruang untuk pelayanan perawatan bayi			1TT		2TT	4TT	8TT	15TT
17	Pelayanan perawatan intensif								6TT
Jumlah		3TT	12TT	38TT	10TT	70TT	104TT	117TT	360TT

4) Pelayanan Bedah Sentral

RSUD R. Syamsudin, SH mempunyai 2 tempat pelayanan operasi yaitu Instalasi Bedah Sentral umum dan Instalasi Bedah Paviliun Seruni. Instalasi Bedah Sentral umum, terdiri dari 4 kamar operasi dengan pelayanan :

- a) Bedah Umum
- b) Bedah Tulang
- c) Mata dan THT
- d) Kebidanan & Kandungan

Instalasi Bedah Paviliun seruni diperuntukkan pelayanan VIP dan One Day Care. Jenis pelayanan yang diterima sama dengan bedah sentral umum.

5) Pelayanan Labolaturium

Terdiri dari Laboratorium Patologi Klinik dan Patologi Anatomi. Jenis pemeriksaan Patologi klinik meliputi pemeriksaan Kimia Klinik secara autoanaliser, Serologi, Hematologi dengan sistem komputerisasi, Urinalisa dan Imunologi. Pemeriksaan Patologi Anatomi meliputi Histopatologi, Citologi cairan tubuh, Pap Smear, FNAB (Fine Needle Aspiration Biopsi)

6) Pelayanan Radiologi

Pelayanan ini didukung oleh 3 dokter spesialis radiologi dan ruangan yang lapang serta beberapa fasilitas penunjang modern. Memiliki peralatan untuk Radio diagnostik, Ultrasonografi (USG), CT Scan, Fluoroscopi, Panoramik dan mobile unit radiologi. Perencanaan berikutnya akan diadakan alat CT Scan multislice generasi baru/ MRI, mamografi, dan USG Doppler.

7) Pelayanan Farmasi

Memiliki depo farmasi yang tersebar di Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan dan Paviliun Seruni. Pelayanan ini didukung

dengan 1 kendaraan Motor listrik (Beatric) untuk mempercepat pelayanan pengantaran obat oleh petugas farmasi.

8) Pelayanan Sterilisasi (CSSD)

Memiliki 2 mesin autoclave (alat sterilisasi linen dan instrument medis) disertai 1 unit peralatan pembangkit air potensi oksidasi tinggi (HOP = High Oxidation Potensial)

9) Pelayanan Pengelolaan Medis dan Ipal

Pengolahan sampah medis padat dengan kapasitas suhu bakar 1000°C sedangkan untuk pengolahan limbah cair mempergunakan IPAL dengan kapasitas 60 m³ perhari.

10) Pelayanan Perawatan Jenazah

Memiliki fasilitas freezer tempat penyimpanan jenazah dan pemulasaraan jenazah. Pelayanan ini juga didukung oleh 1 mobil jenazah yang siap digunakan untuk memperlancar pelayanan jenazah di rumah sakit.

11) Pelayanan Administrasi

Pelayanan administrasi dilengkapi loket pelayanan karcis/ pembayaran dengan penerapan sistem komputerisasi dan pelayanan terpadu dalam satu atap yang meliputi loket pembayaran rawat jalan dan pemeriksaan penunjang, loket pelayanan untuk

pendaftaran rawat inap, permintaan visum dan data medik.

RSUD R. Syamsudin, SH melayani semua lapisan masyarakat, baik dari keluarga tidak mampu sampai yang berkecukupan. Kerjasama dengan pihak ketiga dalam hal pelayanan kesehatan antara lain dengan :

- a) PT ASKES
- b) PT JAMSOSTEK
- c) Beberapa Perusahaan
- d) Beberapa perusahaan asuransi

12) Pelayanan Informasi dan Manajemen

Untuk kepentingan pengelolaan rumah sakit disediakan satu tempat pelayanan informasi yang disebut SIM RS (Satuan Informasi Manajemen Rumah Sakit), Informasi garis depan (Front Office), telepon antar ruangan dan operator telepon dengan volume yang dapat diterima di tiap unit, instalasi rawat jalan maupun rawat inap.

SIM RS dikembangkan guna mendukung pelayanan rumah sakit berbasis teknologi informasi, dengan fasilitas komputerasi yang saling terhubung dalam satu jaringan antar ruangan/ network .

13) Pelayanan Pendidikan

Selain melayani jasa kesehatan bagi masyarakat rumah sakit juga menjalin kerjasama dengan Fakultas Kedokteran UNPAD dalam pendidikan spesialisasi Kebidanan dan Kandungan serta Fakultas Kedokteran Atmajaya dan UKRIDA dalam pendidikan Dokter Umum. Disamping itu juga dijalin kerjasama dengan beberapa Akademi Keperawatan dalam pendidikan perawat.

Selain pendidikan formal juga disediakan pendidikan non formal di bawah nama RDMC (Research Development Medical Centre) yang dikembangkan untuk berbagai penelitian dan pelatihan yang diadakan baik internal maupun eksternal rumah sakit.

Untuk kemajuan sumber Daya Manusia di rumah sakit, secara berkala juga diadakan seminar atau pelatihan di dalam maupun pengiriman SDM keluar rumah sakit.

14) Pelayanan Ambulance dan Transportasi

RSUD R. Syamsudin, SH memiliki beberapa kendaraan transportasi baik untuk pasien maupun karyawan RS. Guna menunjang transportasi pasien disediakan:

- a) 1 unit mobil jenazah
- b) 1 unit MARLIP untuk mengantar pasien ke ruangan rumah sakit

Beberapa ambulance yaitu :

- a) 1 unit ambulance Gawat Darurat
- b) 1 unit ambulance Eksekutif 118 yang merupakan bantuan dari Gubernur Jawa Barat.
- c) 1 unit ambulance 911 untuk siaga dan penanggulangan bencana

Untuk mendukung kegiatan karyawan RS yang memerlukan kecepatan dalam tugasnya, juga di sediakan 3 unit Motor Listrik (Beatric) untuk dokter jaga ruangan, petugas farmasi dan laboratorium.

15) Pelayanan Fasilitas Aula Gedung

Pada bagian belakang bangunan rumah sakit bertempat di lantai 2 gedung diagnostik centre juga disediakan fasilitas gedung untuk berbagai acara dan kegiatan yang diperuntukkan kalangan internal maupun eksternal rumah sakit dengan kapasitas ruangan 200 orang.

16) Pelayanan Kafetaria

Kafetaria ini bertempat di tengah – tengah bagian rumah sakit sehingga strategis dan mudah dijangkau oleh pengunjung rumah sakit.

Pengelolaannya dibawah instalasi Gizi dan pengelola kafetaria.

Pelayanan ini menyediakan berbagai menu sehari – hari untuk pengunjung rumah sakit, Diet pasien, menu untuk karyawan rumah sakit, menu ruang VIP maupun catering atau pemesanan makanan dalam jumlah besar untuk keperluan berbagai kegiatan dan acara internal maupun eksternal RSUD R. Syamsudin, SH.

4.2. Hasil Pembahasan

Pelayanan jasa rumah sakit yang penulis analisis yaitu, pelayanan ruang rawat inap kelas 1 pada RSUD R.Syamsudin,SH, maka penulis hanya akan menyajikan daftar biaya jasa pelayanan kesehatan ruang rawat inap kelas 1. Pemilihan ruang rawat inap kelas 1 ini karena pada tahun 2007 dan 2008 ruang rawat inap kelas 1 tidak dapat mencapai target yang telah dianggarkan, ditambah dengan tahun 2009 karena ingin mengetahui peningkatan laba apabila menggunakan metode *Activity Based Costing*. Karena selama ini Pemda Sukabumi menggunakan metode tradisional dalam penetapan tarif rawat inap dan kemungkinan kelas 1 ini tidak dapat mencapai target yang telah dianggarkan karena belum efisiennya metode yang digunakan Pemda Sukabumi dalam menentukan tarif rawat inap.

Berdasarkan tabel 7 mengenai jumlah tempat tidur pada ruang rawat inap kelas 1 sebanyak 70 tempat tidur yang dapat digunakan disetiap gedung

perawatan sesuai dengan SMF. Daftar biaya ruang rawat inap kelas 1 yang penulis sajikan dialokasikan berdasarkan persentase bobot penggunaan biaya pada ruang rawat inap kelas 1, dari keseluruhan biaya jasa pelayanan ruang rawat inap yang ada pada RSUD R.Syamsudin,SH.

4.2.1. Mengidentifikasi Peningkatan Laba Pada RSUD R.Syamsudin,SH

Berdasarkan pendapat Darsono Prawironegoro (2005,15) bahwa "Laba merupakan selisih antara pendapatan dan biaya".

Pendapatan yang dihasilkan oleh ruang inap kelas 1 didapat dari pelayanan jasa rawat inap dan biaya yang ada adalah kas yang dikorbankan dalam pelayanan jasa rawat inap kelas 1.

Untuk dapat melakukan identifikasi pencapaian laba rumah sakit, maka penulis membandingkan antara realisasi dengan anggaran, sebagaimana berikut ini.

Tabel 8
Anggaran & Realisasi Unit Rawat Inap Kelas I
Tahun 2007

Keterangan	Anggaran	Realisasi
Pendapatan	957.800.000	978.450.000
Total biaya	863.403.223,8	900.748.258,2
Laba kotor	84.396.774,2	77.701.741,8

Sumber: RSUD R. Syamsudin, SH Sukabumi

Berdasarkan data pada tabel 8, anggaran dan realisasi unit rawat inap kelas1 pada tahun 2007, anggaran pendapatan pada ruang rawat inap kelas1 sebesar Rp957.800.000 dan realisasinya sebesar Rp978.450.000, anggaran total biaya sebesar Rp873.403.225,8 dan realisasinya sebesar Rp900.748.258,2, anggaran laba sebesar Rp84.396.774,2 dan realisasinya sebesar Rp77.701.741,8. Dapat dilihat tahun 2007 pendapatan dapat mencapai bahkan melebihi target yang dianggarkan namun untuk laba tidak dapat mencapai target yang telah dianggarkan sehingga mengakibatkan *unfavourable*. Hal ini terjadi karena biaya yang terjadi lebih besar dari pada yang dianggarkan.

Tabel 9
Anggaran & Realisasi Unit Rawat Inap Kelas1
Tahun 2008

Keterangan	Anggaran	Realisasi
Pendapatan	962.500.000	937.500.000
Total Biaya	886.395.219,3	869.322.879,1
Laba kotor	76.104.780,7	68.177.120,9

Sumber: RSUD R. Syamsudin, SH Sukabumi

Berdasarkan data pada tabel 9, anggaran pendapatan ruang rawat inap kelas1 tahun 2008 sebesar Rp962.500.000 dan realisasinya sebesar 937.500.000, anggaran harga pokok sebesar Rp886.395.454,3 dan realisasinya sebesar Rp869.322.879,1, anggaran laba sebesar Rp76.104.780,7 dan realisasinya sebesar Rp68.177.120,9. Dapat dilihat untuk tahun 2008 mengalami

penurunan dari tahun sebelumnya yaitu 2007, disamping itu pada tahun 2008 juga tidak dapat memenuhi target yang telah dianggarkan sehingga mengakibatkan *unfavourable*. Hal ini terjadi karena biaya yang terjadi lebih besar dari pada yang dianggarkan.

Tabel 10
Anggaran & Realisasi Unit Rawat Inap Kelas I
Tahun 2009

Keterangan	Anggaran	Realisasi
Pendapatan	959.520.000	988.450.000
Total Biaya	881.873.474,8	907.491.465,6
Laba kotor	77.376.525,2	80.958.534,4

Sumber: RSUD R. Syamsudin, SH Sukabumi

Berdasarkan data pada tabel 10, anggaran pendapatan tahun 2009 sebesar Rp959.250.000 dan realisasinya sebesar Rp988.450.000, anggaran harga pokok sebesar Rp881.873.474,8 dan realisasinya sebesar Rp907.491.465,6, anggaran laba sebesar Rp77.376.525,2 dan realisasinya sebesar Rp80.958.534,4. Dapat dilihat untuk tahun 2009 semua dapat memenuhi target yang telah dianggarkan dan meningkat dari tahun-tahun sebelumnya yaitu tahun 2007 dan 2008. Dan ini mengakibatkan *favourable*.

Berdasarkan tabel 8 tahun 2007 rumah sakit hanya mampu menghasilkan laba sebesar Rp77.701.741,8. Pada tabel 9 tahun 2008 rumah sakit hanya mampu menghasilkan laba sebesar Rp68.177.120,9, laba yang dihasilkan pada tahun 2008 ternyata lebih rendah dari tahun 2007 itu berarti rumah sakit mengalami

penurunan. Sedangkan pada tabel 10 tahun 2009 rumah sakit mampu menghasilkan laba sebesar Rp80.958.534,4, tahun 2009 laba rumah sakit meningkat. untuk lebih jelasnya perubahan laba pada RSUD R.Syamsudin,SH dapat dilihat pada tabel 11 dibawah ini.

Tabel 11
Perubahan (Δ) Laporan Laba Rugi
Tahun 2007-2009

Keterangan	Perubahan	
	2007 - 2008	2008 - 2009
Pendapatan	-4,19%	5,43%
HPP	-4,25%	4,39%
Laba Kotor	-3,29%	18,75%

Sumber: RSUD R. Syamsudin, SH Sukabumi

Berdasarkan data pada tabel 11, laba yang diperoleh pada tahun 2007-2008 mengalami penurunan yaitu sebesar -3,29%. Perubahan pendapatan yang negatif menyebabkan perubahan laba pun negatif. Hal ini menunjukkan laba dipengaruhi oleh pendapatan. Namun laba mengalami kenaikan pada tahun 2008-2009 sebesar 18,75%. Tidak stabilnya laba diakibatkan manajemen belum menggunakan metode penentuan tarif rawat inap yang tepat untuk rumah sakit.

4.2.2. Mengidentifikasi Penentuan Tarif Rawat Inap Pada RSUD

R.Syamsudin,SH

Penentuan tarif rawat inap pada RSUD R.Syamsudin,SH masih menggunakan metode tradisional. Pada kenyataannya dalam setiap pelayanan pasti terdapat biaya yang dikorbankan, dalam pelayanan ruang rawat inap kelas1 terdapat beberapa biaya yang dikorbankan diantaranya biaya perawatan, biaya bahan makanan dan pemberian gizi, biaya penginapan dan biaya pemantauan. Berdasarkan data yang penulis dapat dari pihak rumah sakit pengalokasian biaya-biaya tersebut berdasarkan persentase bobot penggunaan biaya pada ruang rawat inap kelas 1 selama setahun.

Tabel 12
Data Biaya Rawat Inap Kelas 1 Pada
RSUD R. Syamsudin, SH Sukabumi Tahun 2007

Elemen Biaya	Total Biaya	Bobot Penggunaan biaya
Biaya Perawatan	410.928.736	27%
Belanja Pegawai	231.605.298	21%
Bahan Makanan & Pemberian Gizi	98.112.935,5	32%
Biaya Rumah Tangga	9.481.003	15%
Biaya Air	2.506.662,25	12%
Biaya Listrik	5.591.482,63	16%
Biaya Telepon	1.474.999	13%
Keperluan Sehari-hari	26.373.626,67	18%
Biaya Perlengkapan, Peralatan Non Medis	8.236.142	14%
Biaya Perlengkapan, Peralatan Medis dan Farmasi	49.009.577,67	24%
Biaya Tanah dan Bangunan	40.010.849,58	26%
Biaya Pendidikan, Pelatihan & Pengembangan SDM	8.800.520,83	23%
Biaya Pakian Dinas	7.940.425	31%
Biaya Beban Sosial	675.000	9%
Jumlah Biaya	900.747.258,1	281%

Berdasarkan data pada tabel 12. dapat dilihat ruang rawat inap kelas I rata-rata dapat menikmati biaya sebanyak 20% dari keseluruhan biaya pelayanan jasa rawat inap pada rumah sakit. Untuk melihat seberapa besar tarif yang dihasilkan setelah diketahui seberapa banyak biaya yang dinikmati ruang rawat inap kelas I pada tahun 2007, dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 13
Penentuan Tarif Rawat Inap
Kelas I Pada RSUD R.Syamsudin,SH Tahun 2007

Keterangan	Biaya
Total Biaya	900.747.258,1
Lama Hari	19.569 Hari
Harga pokok/Hari	46.029,29
Laba 10%	4.602,92
Tarif/Hari	50.632,21

Berdasarkan data pada tabel 13, penentuan tarif rawat inap kelas I pada tahun 2007 yang ditentukan dengan menggunakan metode tradisional adalah sebesar Rp.50.632,21 dengan total biaya yang dibagi dengan lama hari pasien rawat inap, kemudian dikalikan dengan laba sebesar 10% yang telah ditetapkan pihak rumah sakit. Dan rumah sakit membulatkan menjadi Rp.50.000/hari.

Tabel 14
Data Biaya Rawat Inap Kelas 1 Pada
RSUD R. Syamsudin, SH Sukabumi Tahun 2008

Elemen Biaya	Total Biaya	Bobot Penggunaan biaya
Biaya Perawatan	393.730.584	25%
Belanja Pegawai	221.912.174	21%
Bahan Makanan & Pemberian Gizi	94.006.721,89	31%
Biaya Rumah Tangga	9.084.204,93	16%
Biaya Air	2.401.753,65	12%
Biaya Listrik	5.357.468,41	16%
Biaya Telepon	1.413.267	13%
Keperluan Sehari-hari	32.935.024,79	21%
Biaya Perlengkapan, Peralatan Non Medis	7.891.443,74	13%
Biaya Perlengkapan, Peralatan Medis dan Farmasi	46.958.433,3	23%
Biaya Tanah dan Bangunan	40.010.849,58	26%
Biaya Pendidikan, Pelatihan & Pengembangan SDM	7.665.683,76	22%
Biaya Pakian Dinas	5.231.600	29%
Biaya Beban Sosial	723.670	10%
Jumlah Biaya	869.322.879,1	278%

Berdasarkan data pada tabel 14, tahun 2008 ruang rawat inap kelas 1 rata-rata dapat menikmati biaya sebanyak 19,85% dari keseluruhan biaya pelayanan jasa rawat inap pada rumah sakit. Untuk melihat seberapa besar tarif yang dihasilkan setelah diketahui seberapa banyak biaya yang dinikmati ruang rawat inap kelas 1 pada tahun 2008, dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 15
 Penentuan Tarif Rawat Inap
 Kelas 1 Pada RSUD R.Syamsudin,SH Tahun 2008

Keterangan	Biaya
Total Biaya	869.322.879,1
Lama Hari	18.750 Hari
Harga Pokok/Hari	46.363,89
Laba 10%	4.636,39
Tarif/Hari	51.006,28

Berdasarkan data pada tabel 15, penentuan tarif rawat inap kelas 1 pada tahun 2008 yang ditentukan dengan menggunakan metode tradisional adalah sebesar Rp.51.006,28 dengan total biaya yang dibagi dengan lama hari pasien rawat inap, kemudian dikalikan dengan laba sebesar 10% yang telah ditetapkan pihak rumah sakit. Dan rumah sakit membulatkan menjadi Rp.50.000/hari.

Tabel 16
 Data Biaya Rawat Inap Kelas 1 Pada
 RSUD R. Syamsudin, SH Sukabumi Tahun 2009

Elemen Biaya	Total Biaya	Bobot Penggunaan Biaya
Biaya Perawatan	415.128.528,8	28%
Belanja Pegawai	232.789.209,8	21%
Bahan Makanan & Pemberian Gizi	98.928.823,24	32%
Biaya Rumah Tangga	9.414.887,07	15%
Biaya Air	2.853.830	13%
Biaya Listrik	5.768.648,26	17%
Biaya Telepon	1.526.379	13%
Keperluan Sehari-hari	30.696.483,25	20%
Biaya Perlengkapan, Peralatan Non Medis	8.237.250	13%
Biaya Perlengkapan, Peralatan Medis dan Farmasi	50.510.467,62	24%

Biaya Tanah dan Bangunan	40.010.849,58	26%
Biaya Pendidikan, Pelatihan & Pengembangan SDM	5.679.599	20%
Biaya Pakian Dinas	4.370.260	28%
Biaya Beban Sosial	1.576.250	12%
Jumlah Biaya	907.491.465,6	282%

Berdasarkan data pada tabel 16, tahun 2009 ruang rawat inap kelas 1 rata-rata dapat menikmati biaya sebesar 20,14% dari keseluruhan biaya pelayanan jasa rawat inap pada rumah sakit. Untuk melihat seberapa besar tarif yang dihasilkan setelah diketahui seberapa banyak biaya yang dinikmati ruang rawat inap kelas 1 pada tahun 2009, dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 17

Penentuan Tarif Rawat Inap

Kelas 1 Pada RSUD R.Syamsudin,SH Tahun 2009

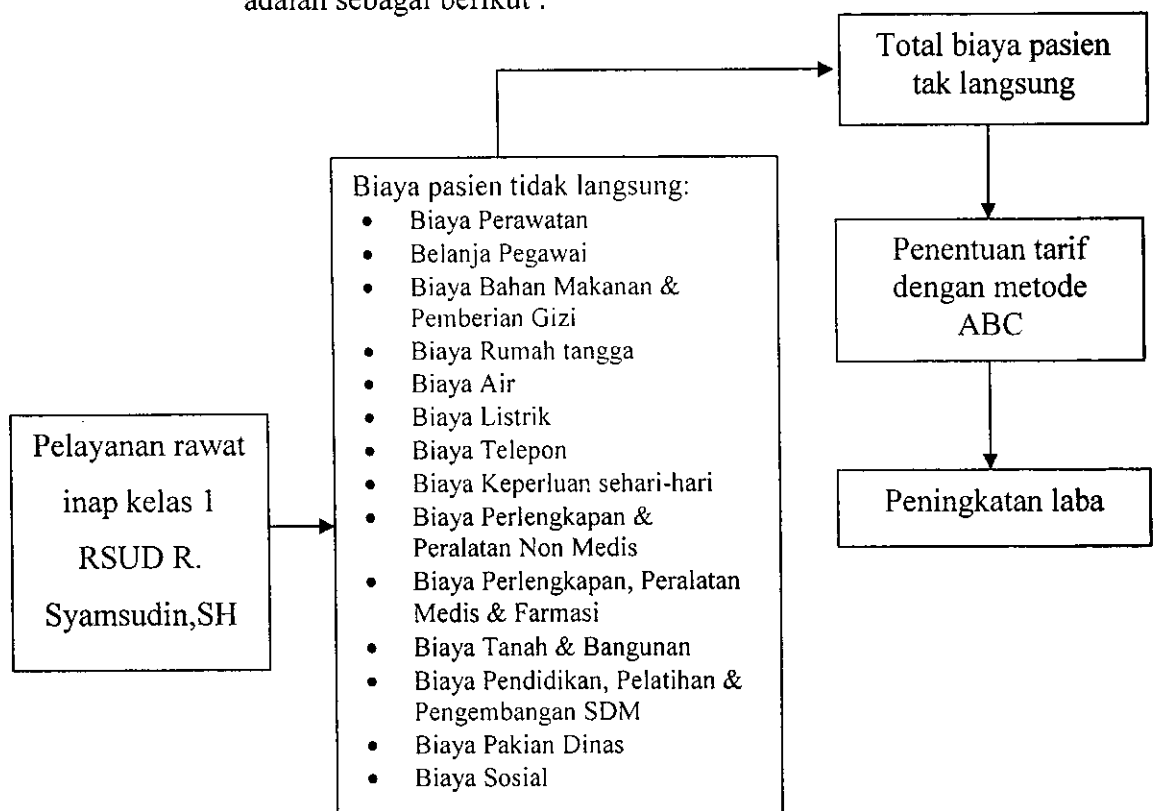
Keterangan	Biaya
Harga Pokok	907.491.465,6
Lama Hari	19.769 Hari
Harga Pokok/Hari	45.904,77
Laba 10%	4.590,48
Tarif/Hari	50.495,25

Berdasarkan data pada tabel 17, tarif yang ditentukan dengan menggunakan metode tradisional atau non *Activity Based Costing* adalah sebesar Rp.50.495,25 dengan Total biaya yang dibagi dengan lama hari pasien rawat inap, kemudian dikali dengan laba sebesar 10% yang telah ditetapkan pihak rumah sakit. Dan rumah sakit membulatkan menjadi Rp.50.000/hari.

4.2.3. Mengidentifikasi Pengaruh Penerapan *Activity Based Costing* Dalam Menentukan Tarif Rawat Inap Terhadap Peningkatan Laba Pada RSUD R.Syamsudin,SH

4.2.3.1 Perhitungan Tarif Rawat Inap Dan Penentuan Laba Dengan Menggunakan Metode *Activity Based Costing*

Adapun alur kegiatan penelitian yang dilakukan adalah sebagai berikut :



Gambar 4

Alur Kegiatan Penelitian
Pada RSUD R. Syamsudin,SH

- 1) Berdasarkan hasil wawancara dengan bagian keuangan, bagian perawatan, bagian dapur, dan bagian gudang. Aktivitas-aktivitas biaya yang ada di unit rawat inap meliputi :

- a) Biaya Perawatan

Dalam hubungannya dengan penetapan tarif rawat inap, biaya perawatan pasien oleh perawat dan dokter secara tidak langsung mempengaruhi aktivitas bagian rawat inap.

- b) Belanja Pegawai

Belanja pegawai meliputi : tunjangan prestasi, tunjangan khusus, tunjangan jabatan, tunjangan pajak penghasilan, tunjangan premi dana pensiun, tunjangan premi jamsostek, tunjangan operasional, uang lembur, uang cuti, bonus, uang pesangon dan premi pemeliharaan kesehatan pegawai. Biaya ini tidak dapat dihubungkan secara jelas dengan jasa pelayanan di ruang rawat inap atas dasar hari rawat inap.

- c) Biaya Bahan Makanan & Pemberian Gizi Pasien

Biaya makanan pasien adalah biaya yang dikeluarkan untuk pembelian bahan makanan pasien selama 24 jam perawatan. Pola makanan yang diberikan adalah 3x makanan pokok, minum dan

buah-buahan dalam sehari. Informasi ini didapatkan dari bagian dapur, berupa biaya makanan per orang per hari untuk pasien rawat inap kelas 1 RSUD R. Syamsudin,SH. Biaya ini dapat dihubungkan dengan jasa pelayanan diruang rawat inap atas dasar hari rawat inap.

d) Biaya Rumah tangga

Biaya rumah tangga meliputi: alat rumah tangga, alat kebersihan, alat makan pasien dan faktor-faktor yang mendukung kegiatan rumah tangga dalam rumah sakit. Biaya ini tidak dapat secara jelas dihubungkan dengan jasa pelayanan diruang rawat inap atas dasar hari rawat inap.

e) Biaya Air

Biaya air merupakan biaya yang dikeluarkan untuk membayar tagihan air selama setahun yang digunakan oleh pasien kelas 1. Biaya ini tidak dapat dihubungkan secara jelas dengan jasa pelayanan diruang rawat inap atas dasar hari rawat inap.

f) Biaya Listrik

Biaya listrik merupakan biaya yang dikeluarkan untuk membayar tagihan listrik kelas 1 atas pemakaiannya. Biaya ini tidak dapat

dihubungkan secara jelas dengan jasa pelayanan diruang rawat inap.

g) Biaya Telepon

Biaya telepon merupakan biaya yang dikeluarkan untuk membayar tagihan telepon yang digunakan diruang inap kelas1. Biaya ini tidak dapat dihubungkan secara jelas dengan jasa pelayanan diruang rawat inap.

h) Biaya Keperluan sehari-hari

Keperluan sehari-hari meliputi: alat tulis kantor, bahan cucian, barang cetakan penggandaan dokumen, bahan bakar, bahan pelumas, bahan pemadam kebakaran, bahan tenun, barang pecah belah, jamuan rapat, pengelolaan limbah & pembakaran sampah medis. Biaya ini tidak dapat dihubungkan secara jelas dengan jasa pelayanan diruang rawat inap atas dasar hari rawat inap.

i) Biaya Perlengkapan & Peralatan Non Medis

Peralatan dan perlengkapan non medis meliputi: pengadaan, pemeliharaan, penyusutan, asuransi, sewa dari peralatan dan perlengkapan non medis. Biaya ini dapat dihubungkan langsung dengan jasa diruang rawat inap atas dasar jam pemantauan.

j) Biaya Perlengkapan, Peralatan Medis & Farmasi

Biaya perlengkapan, peralatan medis & farmasi meliputi : pengadaan, pemeliharaan, penyusutan, asuransi, sewa atas perlengkapan medis dan peralatan medis, pengadaan obat-obatan. Biaya ini dapat dihubungkan langsung dengan jasa diruang rawat inap atas dasar jam pemantauan

k) Biaya Tanah & Bangunan

Biaya tanah dan bangunan meliputi : pengadaan, pemeliharaan, penyusutan, asuransi, atas tanah dan bangunan. Biaya ini tidak dapat dihubungkan secara jelas dengan jasa pelayanan diruang rawat inap atas dasar hari rawat inap.

l) Biaya Pendidikan, Pelatihan & Pengembangan SDM

Biaya pendidikan, pelatihan dan pengembangan SDM meliputi: Diklat, perjalanan dinas, ataupun hal yang bertujuan dalam pengembangan SDM yaitu olah-raga dan kesenian. Biaya ini tidak dapat dihubungkan secara jelas dengan jasa pelayanan diruang rawat inap atas dasar hari rawat inap.

m) Biaya Pakaian Dinas

Biaya pakaian dinas merupakan biaya yg dikeluarkan untuk pakaian dinas pegawai rumah

sakit di kelas 1, perawat dan yang lainnya. Biaya ini tidak dapat dihubungkan secara jelas dengan jasa pelayanan diruang rawat inap.

n) Biaya Sosial

Biaya sosial yaitu bantuan-bantuan yang disalurkan oleh pihak manajemen rumah sakit yang bersifat sosial. Biaya ini tidak dapat dihubungkan secara langsung dengan jasa pelayanan rawat inap atas dasar hari rawat inap.

2) Menggolongkan semua biaya kedalam masing-masing *cost pool*. *Cost pool* adalah kelompok biaya yang disebabkan oleh aktivitas yang bersama dengan satu pembebanan (*cost driver*).

a) *Cost pool* A yaitu penggolongan biaya tidak langsung yang dapat dihubungkan secara langsung dengan pelayanan diruang rawat inap atas dasar hari rawat inap, klasifikasinya *unit level activity*.

b) *Cost pool* B yaitu penggolongan biaya tidak langsung yang dapat dihubungkan secara langsung dengan pelayanan diruang rawat inap atas dasar jam pemantauan, klasifikasinya *batch level activity*.

c) *Cost pool* C yaitu penggolongan biaya tidak langsung yang dapat dihubungkan secara langsung

dengan pelayanan diruang rawat inap atas dasar jam perawatan, klasifikasinya *unit level activity*.

d) *Cost pool D* yaitu penggolongan biaya tidak langsung yang tidak dapat dihubungkan secara jelas dengan jasa pelayanan diruang rawat inap atas dasar hari rawat inap, klasifikasinya *facility sustaining activity*.

3) Setelah penentuan *cost pool* dilakukan, biaya yang telah terkumpuldimasing-masing *cost pool* akan dihubungkan ke jasa pelayanan dengan menggunakan *cost driver* dari masing-masing *cost pool*.

Tabel 18
Penggolongan Biaya Unit
Rawat Inap Kelas 1 Dalam *Cost Pool* dan *Cost Driver*

Elemen Biaya	<i>Cost Pool</i>	<i>Cost Driver</i>
Biaya Perawatan	C	Jam perawatan
Belanja Pegawai	D	Hari rawat inap
Biaya Bahan Makanan & Pemberian Gizi	A	Hari rawat inap
Biaya Rumah tangga	D	Hari rawat inap
Biaya Air	D	Hari rawat inap
Biaya Listrik	D	Hari rawat inap
Biaya Telepon	D	Hari rawat inap
Biaya Keperluan sehari-hari	D	Hari rawat inap
Biaya Perlengkapan & Peralatan Non Medis	B	Jam pemantauan
Biaya Perlengkapan, Peralatan Medis & Farmasi	B	Jam pemantauan
Biaya Tanah & Bangunan	D	Hari rawat inap
Biaya Pendidikan, Pelatihan & Pengembangan SDM	D	Hari rawat inap
Biaya Pakian Dinas	D	Hari rawat inap
Biaya Sosial	D	Hari rawat inap

4) Setelah menggolongkan berbagai jenis biaya tersebut kedalam *cost pool* dan *cost driver*, maka langkah

selanjutnya adalah menentukan aktivitas. Aktivitas yang ada di kelas1 RSUD R. Syamsudin,SH adalah :

- a) Aktivitas pemberian makanan, *cost driver* hari rawat inap
- b) Aktivitas pemantauan, *cost driver* jam pemantauan
- c) Aktivitas penginapan, *cost driver* hari rawat inap
- d) Aktivitas perawatan, *cost driver* jam perawatan

karena aktivitas pemberian makanan dan penginapan menggunakan *cost driver* yang sama yaitu hari rawat inap maka aktivitas tersebut dapat disatukan.

- 5) Perhitungan tarif rawat inap dengan menggunakan metode *Activity Based Costing*.
- 6) Perhitungan peningkatan laba, selisih dari pendapatan sesungguhnya dengan pendapatan menggunakan, metode *Activity Based Costing*

Tabel 19

Total Biaya Cost Pool

Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2007

Cost Pool	Biaya/Cost Pool	Total Biaya Cost Pool
Cost Pool A :		98.112.935,5
Biaya Bahan Makanan & Pemberian Gizi	98.112.935,5	
Cost Pool B :		57.245.719,67
Biaya Perlengkapan & Peralatan Non Medis	8.236.142	
Biaya Perlengkapan, Peralatan Medis & Farmasi	49.009.577,67	
Cost Pool C :		410.928.736
Biaya Perawatan	410.928.736	
Cost Pool D :		334.460.867
Belanja Pegawai	231.605.298	
Biaya Rumah tangga	9.481.003	
Biaya Air	2.506.662,25	
Biaya Listrik	5.592.482,63	
Biaya Telepon	1.474.999	

Biaya Keperluan sehari-hari	26.373.626,67	
Biaya Tanah & Bangunan	40.010.849,58	
Biaya Pendidikan, Pelatihan & Pengembangan SDM	8.800.520,83	
Biaya Pakian Dinas	7.940.425	
Biaya Sosial	675.000	

Berdasarkan data pada tabel 19, biaya pada tahun 2007 dapat dikelompokkan menjadi 4 *cost pool*. Total biaya pada *cost pool* A sebesar Rp98.112.935,5, *cost pool* B sebesar Rp57.245.719,67, *cost pool* C sebesar Rp410.928.736, dan *cost pool* D sebesar Rp334.460.867.

Tabel 20

Data Penggunaan *Cost Driver* Menurut Tingkat Keparahan Pasien Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2007

Tingkat Keparahan Pasien	Hari Pasien	Pemonitoran	Perawatan
Tinggi	7.020	10.020	28.080
Sedang	7.423	8.423	22.269
Rendah	5.126	5.126	10.952
Jumlah	19.569	23.569	60601

Berdasarkan data pada tabel 20, pada tahun 2007 pasien dengan tingkat keparahan tinggi dirawat selama 7.020 hari, menggunakan 10.020 jam pemantauan dan 28.080 jam perawatan. Pasien dengan tingkat keparahan sedang dirawat selama 7.423 hari, menggunakan 8.423 jam pemantauan dan 22.269 jam perawatan. Sedangkan untuk pasien dengan tingkat keparahan rendah dirawat selama 5.126 hari, menggunakan 5.126 jam pemantauan dan 10.952 jam perawatan.

Dalam perhitungan tarif rawat inap dengan menggunakan metode *activity based costing*, setelah biaya dikelompokkan dan diketahui *cost driver* nya, dapat diketahui aktivitas/*cost driver*nya untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 21
Pembebenan Biaya Aktivitas/*Cost Driver*
Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2007

Aktivitas	Biaya/Cost Driver
• Pemberian Makanan	5.013,69
• Pemonitoan	2.428,86
• Perawatan	6.780,89
• Penginapan	17.091,36

Berdasarkan data pada tabel 21, biaya aktivitas pemberian makanan sebesar Rp5.013,69/*cost driver*, biaya aktivitas pemantauan sebesar Rp2.428,86/*cost driver*, biaya aktivitas perawatan sebesar Rp6.780,89/*cost driver* dan biaya untuk aktivitas penginapan yaitu sebesar Rp17.091,36/*cost driver*.

Setelah diketahui berapa biaya aktivitas per *cost driver* dapat dikalikan dengan jumlah *cost driver* sesuai dengan tingkat keparahan pasien. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel penentuan tarif rawat inap dibawah ini.

Tabel 22
Penentuan Tarif Unit Rawat Inap
Kelas 1 Dengan Metode *Activity Based Costing* Tahun 2007

Keterangan	Tinggi	Sedang	Rendah
• Pemberian Makanan	35.196.103,8	37.216.620,87	25.700.174,94
• Pemonitoran	24.337.177,2	20.458.287,78	12.450.336,36
• Perawatan	190.407.391,2	151.003.639,4	74.262.307,28
• Penginapan	119.981.347,2	126.869.165,3	87.610.311,36
Jumlah	369.922.019,4	335.547.713,4	200.023.129,9
B Lama Hari	7.020	7.423	5.126
e Tarif sebelum laba	52.695,44	45.203,79	39.021,29
r Laba 10%	5.269,54	4.520,38	3.902,13
d Tarif	57.964,98	49.724,17	42.923,42

Berdasarkan data pada tabel 22, tarif rawat inap yang ditentukan dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* berdasarkan tingkat keparahannya yaitu untuk tingkat keparahannya tingginya tarif sebesar Rp57.964,98/hari, untuk yang tingkat keparahannya sedang tarifnya sebesar Rp49.724,17/hari dan untuk yang tingkat keparahannya rendah tarifnya sebesar Rp42.923,42/hari.

Tabel 23
Laporan Laba Rugi Unit Rawat Inap
Kelas 1 Dengan Metode *Activity Based Costing* Tahun 2007

Keterangan	Kelas 1
Pendapatan	996.042.175,7
Biaya Aktivitas :	
• Makanan	98.112.935,5
• Pemonitoran	57.245.719,67
• Perawatan	410.528.736
• Penginapan	334.460.867
Total Biaya	900.748.258,2
Laba kotor	95.293.917,53

Berdasarkan data pada tabel 23, dengan tarif yang ditentukan dengan menggunakan metode *Activity Based Costing*, rumah sakit mampu menghasilkan laba kotor sebesar Rp95.293.917,53.

Tabel 24
Total Biaya Cost Pool
Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2008

Cost Pool	Biaya/Cost Pool	Total Biaya Cost Pool
Cost Pool A :		94.006.721,89
Biaya Bahan Makanan & Pemberian Gizi	94.006.721,89	
Cost Pool B :		54.849.877,04
Biaya Perlengkapan & Peralatan Non Medis	7.891.443,74	
Biaya Perlengkapan, Peralatan Medis & Farmasi	46.958.433,3	
Cost Pool C :		393.730.584
Biaya Perawatan	393.730.584	
Cost Pool D :		326.736.334,1
Belanja Pegawai	221.912.712	
Biaya Rumah tangga	9.084.204,93	
Biaya Air	2.401.753,65	
Biaya Listrik	5.357.468,41	
Biaya Telepon	1.413.267	
Biaya Keperluan sehari-hari	32.935.124,79	
Biaya Tanah & Bangunan	40.010.849,58	
Biaya Pendidikan, Pelatihan & Pengembangan SDM	7.665.683,76	
Biaya Pakian Dinas	5.231.600	
Biaya Sosial	723.670	

Berdasarkan data pada tabel 24, biaya pada tahun 2008 dapat dikelompokkan menjadi 4 *cost pool*. Total biaya pada *cost pool* A sebesar Rp94.006.721,89, *cost pool* B sebesar Rp54.849.877,04, *cost pool* C sebesar Rp393.730.584, dan *cost pool* D sebesar Rp326.736.334,1.

Tabel 25
Data Penggunaan *Cost Driver* Menurut Tingkat
Keparahan Pasien Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2008

Tingkat Keparahan Pasien	Hari Pasien	Pemonitoran	Perawatan
Tinggi	6.695	9.695	26.780
Sedang	7.329	8.329	21.987
Rendah	4.726	4.726	9.452
Jumlah	18.750	22.750	58.219

Berdasarkan data pada tabel 25, pada tahun 2008 pasien dengan tingkat keparahan tinggi dirawat selama 6.695 hari, menggunakan 9.695 jam pemantauan dan 26.780 jam perawatan. Pasien dengan tingkat keparahan sedang dirawat selama 7.329 hari, menggunakan 8.329 jam pemantauan dan 21.987 jam perawatan. Sedangkan untuk pasien dengan tingkat keparahan rendah dirawat selama 4.726 hari, menggunakan 4.726 jam pemantauan dan 9.452 jam perawatan.

Dalam perhitungan tarif rawat inap dengan menggunakan metode *activity based costing*, setelah biaya dikelompokkan dan diketahui *cost driver* nya, dapat diketahui aktivitas/*cost drivernya* untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 26
 Pembebenana Biaya Aktivitas/*Cost Driver*
 Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2008

Aktivitas	Biaya/ <i>Cost Driver</i>
• Pemberian Makanan	5.013,69
• Pemonitoan	2.410,98
• Perawatan	6.762,92
• Penginapan	17.425,94

Berdasarkan data pada tabel 26, biaya aktivitas pemberian makanan sebesar Rp5.013,69/*cost driver*, biaya aktivitas pemonitoran sebesar Rp2.410,98/*cost driver*, biaya aktivitas perawatan sebesar Rp6.762,92/*cost driver* dan biaya untuk aktivitas penginapan yaitu sebesar Rp17.425,98/*cost driver*.

Setelah diketahui berapa biaya aktivitas per *cost driver* dapat dikalikan dengan jumlah *cost driver* sesuai dengan tingkat keparahan pasien. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel penentuan tarif rawat inap dibawah ini.

Tabel 27
 Penentuan Tarif Unit Rawat Inap
 Kelas 1 Dengan Metode Activity Based Costing Tahun 2008

Keterangan	Tinggi	Sedang	Rendah
• Pemberian Makanan	33.566.654,55	36.745.334,01	23.694.698,94
• Pemonitoran	23.374.451,1	20.081.052,42	11.394.291,48
• Perawatan	181.110.997,6	148.656.312	63.923.119,84
• Penginapan	116.666.735,3	127.714.787,6	82.355.039,7
Jumlah	354.718.838,6	333.237.496	181.367.150
Lama Hari	6695	7329	4726
Tarif sebelum laba	52.982,65	45.468,34	38.376,46
Laba 10%	5.298,27	4.546,83	3.837,65
Tarif	58.280,92	50.015,17	42.214,11

Berdasarkan data pada tabel 27, tarif rawat inap yang ditentukan dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* berdasarkan tingkat keparahannya yaitu untuk tingkat keparahannya tingginya tarif sebesar Rp58.280,92/hari, untuk yang tingkat keparahannya sedang tarifnya sebesar Rp50.015,17/hari dan untuk yang tingkat keparahannya rendah tarifnya sebesar Rp42.214,11/hari.

Tabel 28
 Laporan Laba Rugi Unit Rawat Inap
 Kelas 1 Dengan Metode *Activity Based Costing* Tahun 2008

Keterangan	Kelas 1
Pendapatan	956.255.824,2
Biaya Aktivitas :	
• Makanan	94.006.721,89
• Pemonitoran	54.849.877,04
• Perawatan	393.730.584
• Penginapan	326.736.334,1
Total Biaya	869.323.517
Laba kotor	86.932.307,17

Berdasarkan data pada tabel 28, dengan tarif yang ditentukan dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* rumah sakit mampu menghasilkan laba kotor sebesar Rp86.932.307,17.

Tabel 29

Total Biaya Cost Pool

Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2009

Cost Pool	Biaya/Cost Pool	Total Biaya Cost Pool
Cost Pool A :		98.928.823,24
Biaya Bahan Makanan & Pemberian Gizi	98.928.823,24	
Cost Pool B :		58.747.717,62
Biaya Perlengkapan & Peralatan Non Medis	8.237.250	
Biaya Perlengkapan, Peralatan Medis & Farmasi	50.510.467,62	
Cost Pool C :		415.128.528,8
Biaya Perawatan	415.128.528,8	
Cost Pool D :		334.680.406
Belanja Pegawai	232.789.209,8	
Biaya Rumah tangga	9.414.887,07	
Biaya Air	2.853.830	
Biaya Listrik	5.768.648,26	
Biaya Telepon	1.526.379	
Biaya Keperluan sehari-hari	30.696.483,25	
Biaya Tanah & Bangunan	40.010.849,58	
Biaya Pendidikan, Pelatihan & Pengembangan SDM	5.679.599	
Biaya Pakian Dinas	4.370.260	
Biaya Sosial	1.570.260	

Berdasarkan data pada tabel 24, biaya pada tahun 2008 dapat dikelompokkan menjadi 4 *cost pool*. Total biaya pada *cost pool* A sebesar Rp98.928.823,24, *cost pool* B sebesar Rp58.747.717,62, *cost pool* C sebesar Rp415.128.528,8, dan *cost pool* D sebesar Rp334.680.406.

Tabel 30
 Data Penggunaan *Cost Driver* Menurut Tingkat
 Keparahan Pasien Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2009

Tingkat Keparahan Pasien	Hari Pasien	Pemonitoran	Perawatan
Tinggi	7.623	9.623	30.492
Sedang	6.881	7.881	20.643
Rendah	5.265	5.265	10.530
Jumlah	19.769	22.769	61.665

Berdasarkan data pada tabel 30, pada tahun 2009 pasien dengan tingkat keparahan tinggi dirawat selama 7.623 hari, menggunakan 9.623 jam pemantauan dan 30.492 jam perawatan. Pasien dengan tingkat keparahan sedang dirawat selama 6.881 hari, menggunakan 7881 jam pemantauan dan 20.643 jam perawatan. Sedangkan untuk pasien dengan tingkat keparahan rendah dirawat selama 5.265 hari, menggunakan 5.265 jam pemantauan dan 10.530 jam perawatan.

Dalam perhitungan tarif rawat inap dengan menggunakan metode *activity based costing*, setelah biaya dikelompokkan dan diketahui *cost driver* nya, dapat diketahui aktivitas/*cost driver*nya untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 31
 Pembebenana Biaya Aktivitas/Cost
 Driver Unit Rawat Inap Kelas 1 Tahun 2009

Aktivitas	Biaya/Cost Driver
• Pemberian Makanan	5.004,24
• Pemonitooan	2.580,16
• Perawatan	6.731,99
• Penginapan	16.929,56

Berdasarkan data pada tabel 31, biaya aktivitas pemberian makanan sebesar Rp5.004,24/*cost driver*, biaya aktivitas pemantauan sebesar Rp2.580,16/*cost driver*, biaya aktivitas perawatan sebesar Rp6.731,99/*cost driver* dan biaya untuk aktivitas penginapan yaitu sebesar Rp16.929,56/*cost driver*.

Tabel 32
 Penentuan Tarif Unit Rawat Inap
 Kelas I Dengan Metode *Activity Based Costing* Tahun 2009

Keterangan	Tinggi	Sedang	Rendah
• Pemberian Makanan	38.147.321,52	34.434.175,44	26.347.323,6
• Pemantauan	24.828.879,68	20.334.240,96	13.584.542,4
• Perawatan	205.271.839,1	138.968.469,6	70.887.854,7
• Penginapan	129.054.035,9	116.492.302,4	89.134.133,4
Jumlah	397.302.076,2	310.229.188,4	199.953.854,1
Lama Hari	7623	6881	5265
Tarif sebelum laba	52.118,86	45.084,89	37.977,94
Laba 10%	5.211,89	4.508,49	3.797,79
T Tarif	57.330,75	49.593,38	41.775,73

Berdasarkan data pada tabel 32, tarif rawat inap yang ditentukan dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* berdasarkan tingkat keparahannya yaitu untuk tingkat keparahannya tingginya tarif sebesar Rp57.330,75/hari, untuk yang tingkat keparahannya sedang tarifnya sebesar Rp49.593,38/hari dan untuk yang tingkat keparahannya rendah tarifnya sebesar Rp41.775,73/hari.

Tabel 33

Laporan Laba Rugi Unit Rawat Inap
Kelas 1 Dengan Metode *Activity Based Costing* Tahun 2009

Keterangan	Kelas 1
Pendapatan	998.233.573,6
Biaya Aktivitas :	
• Makanan	98.928.823,24
• Pemonitoran	58.747.717,62
• Perawatan	415.128.528,8
• Penginapan	334.680.406
Total Biaya	907.485.475,7
Laba kotor	90.748.097,94

Berdasarkan data pada tabel 33, dengan tarif yang ditentukan dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* rumah sakit mampu menghasilkan laba kotor sebesar Rp90.748.097,94.

4.2.3.1 Peningkatan Laba

Analisis peningkatan laba yang digunakan penulis sesuai dengan ketersediaan data, sehingga hasil analisa dapat diperoleh secara maksimal. Data yang digunakan adalah laporan laba rugi tahun 2007-2009. Analisa yang digunakan yaitu perubahan pendapatan selisih dari

pendapatan sesungguhnya dengan pendapatan setelah menggunakan metode *Activity Based Costing* :

(1) Peningkatan Laba Tahun 2007

$$\begin{aligned} \text{Perub. Pend.} &= \text{Pend. sesungguhnya} - \text{Pend. ABC} \\ &= 978.450.000 - 996.042.175,7 \\ &= 17.592.175,7 \end{aligned}$$

Berdasarkan hitungan perubahan pendapatan diatas terlihat apabila menggunakan metode *Activiy Based Costing*, laba akan meningkat sebesar Rp17.592.175,7.

(2) Peningkatan Laba Tahun 2008

$$\begin{aligned} \text{Perub. Pend} &= \text{Pend. sesungguhnya} - \text{Pend. ABC} \\ &= 937.500.000 - 956.255.824,2 \\ &= 18.755.824,2 \end{aligned}$$

Berdasarkan hitungan perubahan pendapatan diatas terlihat apabila menggunakan metode *Activiy Based Costing*, laba meningkat sebesar Rp18.755.824,2.

(3) Peningkatan Laba Tahun 2009

$$\begin{aligned} \text{Perub. Pend.} &= \text{Pend. sesungguhnya} - \text{Pend. ABC} \\ &= 988.450.000 - 998.233.573,6 \\ &= 9.783.573,6 \end{aligned}$$

Berdasarkan hitungan perubahan pendapatan diatas terlihat apabila menggunakan metode *Activiy Based Costing*, laba meningkat sebesar Rp9.783.573,6.

4.2.3.3 Pengaruh Penerapan *Activity Based Costing* Dalam Menentukan Tarif Rawat Inap Terhadap Laba Pada RSUD R. Syamsudin, SH

Penetapan tarif rawat inap merupakan salah satu strategi rumah sakit untuk mendapatkan keuntungan yang besar bagi rumah sakit. Penetapan tarif rawat inap pada RSUD R. Syamsudin, SH ditetapkan berdasarkan perhitungan tradisional, dengan menjumlahkan biaya-biaya yang digunakan dalam aktivitas rawat inap dan laba yang diharapkan rumah sakit mempengaruhi penetapan tarif rawat inap. Berdasarkan perhitungan penetapan tarif rawat inap pada RSUD R. Syamsudin, SH, pada tahun 2007 dengan laba yang diharapkan sebesar 10% dan tarif yang dihasilkan sebesar Rp50.632,21 rumah sakit membulatkan tarif menjadi Rp50.000 dan mampu menghasilkan laba kotor sebesar 77.702.741,9 tetapi tidak dapat mencapai laba yang telah dianggarkan sebesar Rp84.396.774,2, pada tahun 2008 dengan laba yang diharapkan sebesar 10% dan tarif yang dihasilkan sebesar Rp51.006,28 rumah sakit membulat tarif menjadi Rp50.000 dan mampu menghasilkan laba sebesar Rp68.177.120,9 tetapi tahun 2008 pun sama tidak dapat mencapai laba yang telah dianggarkan sebesar Rp76.104.780,7, dan pada tahun 2009 dengan laba yang

diharapkan sebesar 10% rumah sakit dan tarif yang dihasilkan sebesar Rp50.494,25 dan rumah sakit membulatkan menjadi Rp50.000 rumah sakit mampu menghasilkan laba sebesar Rp80.958.534,4 untuk tahun 2009 rumah sakit mampu mencapai laba yang telah dianggarkan sebesar Rp68.177.120,9.

Penulis menggunakan metode *Activity Based Costing* dalam penetapan tarif rawat inap untuk menganalisis tarif menurut tingkat keparahan pasien pada RSUD R. Syamsudin,SH sehingga dapat terlihat perbedaan tarif dan perolehan laba. Berdasarkan hasil analisis tahun 2007 dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* tarif yang diperoleh untung tingkat keparahan pasien tinggi yaitu sebesar Rp57.964,98, tarif untuk tingkat keparahan pasien sedang sebesar Rp49.724,17 dan tarif untuk tingkat keparahan pasien ringan sebesar Rp42.923,42. Pada tahun 2008, dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* tarif yang dihasilkan untuk tingkat keparahan pasien tinggi sebesar Rp58.280,92, tarif untuk tingkat keparahan pasien sedang sebesar Rp50.015,17, dan tarif untuk tingkat keparahan pasien rendah sebesar Rp42.214,11. Pada tahun 2009, dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* tarif yang dihasilkan untuk tingkat keparahan pasien tinggi sebesar Rp57.330,75, tarif untuk tingkat keparahan pasien

sedang sebesar Rp49.593,38, dan tarif untuk tingkat keparahan pasien rendah sebesar Rp41.775,73.

Tarif rawat inap mempengaruhi perolehan laba, artinya tarif rawat inap dapat mempengaruhi perolehan laba rumah sakit. Pengaruh ini dapat dilihat pada hasil analisis peningkatan laba yaitu selisih dari pendapatan sesungguhnya dengan pendapatan menggunakan metode *Activity Based Costing*, dimana pada tahun 2007 dalam menentukan tarif rawat inap dengan menggunakan perhitungan tradisional kemampuan rumah sakit menghasilkan pendapatan sebesar Rp978.450.000 sedangkan dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* kemampuan rumah sakit memperoleh pendapatan dapat mencapai Rp996.042.175,7, peningkatan laba sebesar Rp17.592.175,7. Pada tahun 2008 dalam menentukan tarif rawat inap dengan menggunakan perhitungan tradisional kemampuan rumah sakit menghasilkan pendapatan sebesar Rp937.500.000 sedangkan dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* kemampuan rumah sakit memperoleh pendapatan dapat mencapai Rp956.225.824,2, peningkatan laba sebesar Rp18.755.824,2. Pada tahun 2009 dalam menentukan tarif rawat inap dengan menggunakan metode perhitungan tradisional kemampuan rumah sakit menghasilkan pendapatan sebesar Rp988.450.000

sedangkan dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* kemampuan rumah sakit memperoleh pendapatan dapat mencapai Rp998.233.801,9, dan peningkatan laba sebesar Rp9.783.801,85.

Dapat penulis simpulkan bahwa metode penetapan tarif rawat inap rumah sakit belum dapat mencapai laba yang diharapkan, dan penetapan tarif rawat inap dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* dapat membantu perusahaan mendapatkan laba yang lebih besar, karena tarif rawat inap mempengaruhi perolehan pendapatan yang dapat berpengaruh terhadap peningkatan laba rumah sakit.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 SIMPULAN

Disusun berdasarkan hipotesis yang dibuat oleh penulis. Berdasarkan pembahasan dan hasil perhitungan analisis yang telah dilakukan sebelumnya maka dapat ditarik simpulan diantaranya :

- 1) Peningkatan laba kotor pada RSUD R. Syamsudin,SH belum optimal sesuai dengan hipotesis yang pertama dimana terdapat selisih Pendapatan pada unit rawat inap kelas 1 antara metode tradisional yang digunakan oleh rumah sakit dengan metode *Activity Based Costing*. Pada tahun 2007 selisih pendapatan sebesar Rp17.592.175,7, pada tahun 2008 selisih pendapatan sebesar Rp18.755.824,2, dan pada tahun 2009 selisih pendapatan sebesar Rp9.783.573,6..
- 2) Penentuan tarif jasa rawat inap pada RSUD R. Syamsudin,SH belum efisien, karena rumah sakit belum bisa menentukan metode yang tepat dalam menentukan tarif rawat inap sesuai dengan hipotesis yang kedua dikarenakan adanya pembebanan biaya yang tidak adil pada unit rawat inap kelas 1 yang berdasarkan tingkat keparahan pasien.
- 3) Penerapan *Activity Based Costing* dalam menentukan tarif rawat inap berpengaruh terhadap peningkatan laba pada RSUD R.Syamsudin,SH sesuai dengan hipotesis ketiga, dimana setelah penulis menganalisis penentuan tarif rawat inap dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* ternyata terdapat pengaruh antara tarif dengan metode *Activity Based Costing* terhadap peningkatan laba pada unit rawat inap kelas 1.

5.2 SARAN

Berdasarkan simpulan dan pembahasan yang telah penulis uraikan, maka penulis mencoba memberikan saran yang diharapkan dapat berguna bagi RSUD R. Syamsudin,SH Sukabumi, diantaranya :

- 1) Disini terlihat adanya pembebanan yang kurang adil pada unit rawat inap kelas 1, karena terdapat tingkat keparahan pasien yang berbeda yang juga membutuhkan perawatan yang berbeda. Sebaiknya rumah sakit dapat membedakan pembebanan biaya sesuai dengan yang dibutuhkan pasien dengan tingkat keparahannya, sehingga rumah sakit dapat memperhitungkan tarif rawat inap dengan tepat berdasarkan aktivitas.
- 2) Rumah sakit kurang efisien dalam menentukan tarif jasa rawat inap, sebaiknya rumah sakit mencoba menggunakan metode *Activity Based Costing* yang menghitung biaya berdasarkan aktivitas yang terjadi pada unit rawat inap kelas 1 RSUD R.Syamsudin,SH. Sehingga dapat diperoleh tarif rawat inap yang sesuai dengan tingkat keparahan pasien.

JADWAL PENELITIAN

No.	Kegiatan	Feb	Maret	April	Juli	Agus	Sep	Okt	Nop
1	Pengajuan Judul	*							
2	Studi Pustaka		****						
3	Pembuatan Makalah Seminar		***						
4	Seminar			*					
5	Pengesahan			*					
6	Pengumpulan Data				**				
7	Penulisan Laporan dan Bimbingan					****	****	****	
8	Sidang Skripsi							*	
9	Penyempurnaan Skripsi							*	*
10	Pengesahan								*

Keterangan :

* Tanda bintang menyatakan satuan unit waktu (minggu).

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, Azrul. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Berkowitz, Eric N. 1996. *Essential of Health Care Marketing*. Aspen Publisher Inc, Maryland.
- Bustami, Bastian., dan Nurlela. 2007. *Akuntansi Biaya Kajian Teori dan Aplikasi*, Edisi 1, Graha Ilmu, Yogyakarta.
- Carter, William K., Milton F Usry. 2002. *Cost Accounting*. Salemba Empat, Jakarta.
- Carter, William W., dan Milton F Usry. 2005. *Cost Accounting*, 13th edition. Jilid 2. Alih Bahasa: Krista, SE., Ak., Salemba 4. Jakarta.
- Cooper, et all. 1991. *The Design Of Cost Management Systemzi*. Pretice Hall INC. Enlewood Clift, New Jersey.
- Djoko Wijono. 2000. *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan Teori, Strategi dan Aplikasi*, Airlangga University Press, Surabaya.
- Fess, Philipe E., Warren, Carl S., Reeve, James M. 2005. *Accounting*. Edisi 21th ed, South-Western. Singapore
- Garrison, Ray H. 1997. *Akuntansi Manajemen : "Konsep Untuk Perencanaan, Pengendalian, & Pengambilan Keputusan"*. Edisi Pertama, Cetakan Kedua, ITB Bandung
- Garrison/ Noreen/ Brewer. 2006 "*Akuntansi Manajerial*" Salemba empat.
- Hansen, Don R and Maryanne Mowen. 1999. *Akuntansi Managemen*. Jilid 1, Erlangga, Jakarta.
- Hansen, Don R and Maryanne Mowen. 2005. *Akuntansi Managemen*. Edisi 7, Salemba Empat, Jakarta.
- Hansen, Dor R., dan Mowen, Maryanne M., 2006. *Management Accounting*, Jilid 1, Alih bahasa: Dewi Fitriasaki., dan Deny Arnos Kwary, Salemba 4, Jakarta.
- Harahap, Sofyan Syafri. 2001. *Analisis Kritis Atas Laporan Keuangan*. PT.Raja Grafindo Persada, Jakarta.

- Horngren, T Charles, Gray, L Sundem. 1993. *Cost Accounting a Managerial Emphasis*, Jilid 1, Alih Bahasa: Endah Susilaningtyas, Salemba 4, Jakarta.
- Horngren, T Charles, Gray, L Sundem, D William. 1996. *Introduction To Management Accountin*. Edition 10th ed, Prentice Hall, London
- Horngren, Charles T, Srikant M. Datar, George Foster. 2008. *Akuntansi Biaya Dengan Penekanan Manajerial*. Edisi 12. Erlangga, Jakarta.
- Husein Umar. 2003. *Riset Akuntansi*. Gramedia Pustaka Umum, Jakarta
- Kamarudin Ahmad. 2005. *Akuntansi Manajemen*. PT.Raja Grafindo Pustaka, Jakarta.
- Laksono Trisnantoro. 2006. *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Matz, Adolph., dan Usry, Milton F. 1997. *Cost Accounting, Planning and Control*, 7th edition, Jilid 2, Alih Bahasa: Taufiq Salim, Gandhi, Slamet dan Manurung., Erlangga, Jakarta.
- Mulyadi.1993. *Akuntansi Manajemen, Konsep, Manfaat dan Rekayasa*. Edisi 2, BP STIE YKPN, Yogyakarta.
- Mulyadi. 2003. *Activiti Based Cost System*. Edisi 6, Cetakan 1, UUP AMP YKPN, Yogyakarta.
- Prawironegoro, Darsono, Purwanti, Ari. 2009. *Akuntansi Manajemen*. Edisi 3, Mitra Wacana Media, Jakarta.
- Prawironegoro, Darsono. 2005. *Manajemen Akuntansi*, Diadit, Jakarta
- RidwanTobink, IR. Nirwana. 2004. *Kamus Istilah Akuntansi*. Atalya Rileni Sudeco, Jakarta.
- Rudianto. 2006. *Akuntansi Manajemen*. Cetakan Pertama, PT.Gramedia, Jakarta
- Sadeli Lili M, Siswanto Bedjo. 2004. *Akuntansi Menejemen*. Bumi Aksara, Jakarta.
- Samsi Jacobalis. 2000. *Rumah Sakit Indonesia dalam Dinamika, Sejarah, Transformasi, Globalisasi dan Krisis Nasional*, Yayasan Penerbitan IDI, Jakarta.
- Sumarso, SR. 2000. *Akuntansi Suatu Pengantar 1*. Edisi ke empat, Rineka Cipta, Jakarta

Teguh Pudjo Mulyono. 1990 *Analisis Laporan Keuangan Untuk Perbankan*,
Cetakan Kedua, Djembatan, Jakarta.

Wild John, Subrayaman K.R, dan Halsey Robert F. 2005. *Financial Statement
Analysis*. Publisher Irwin Profesional Pub.



PEMERINTAH KOTA SUKABUMI
RSUD R. SYAMSUDIN, S.H. KOTA SUKABUMI
(PPK-BLUD)

Jl. Rumah Sakit No.1 Telp. (0266) 225 180-225181 Fax. 212988 E-mail : rsbunut@yahoo.com
Quality System Certificate Reg.No.201-07/131
A PUBLIC COMPREHENSIVE HEALTH SERVICE

ISO 9001 : 2000
GSI



Sukabumi, 18 Maret 2010

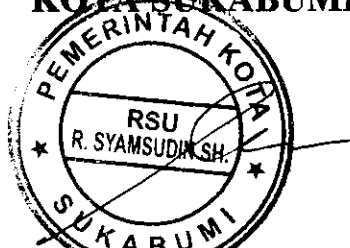
Nomor : 445/1435/DIKLIT-RSU/X/2010
Sifat : Biasa
Ekonomi
Lampiran : -
Perihal : Pelaksanaan Penelitian

Kepada :
Yth. Dekan Fakultas
Universitas Pakuan
Di
TEMPAT

Yang bertanda tangan dibawah ini, pimpinan RSUD R. Syamsudin, SH Kota Sukabumi. Menerangkan bahwa mahasiswa Atas nama: Suci Anisa, NPM: 021106179, Universitas: PAKUAN Bogor, Fakultas: Ekonomi, Jurusan: Manajemen akuntansi, Periode: 2006, Dengan Judul: "Pengaruh Penerapan Metode *Activity Based Costing* Dalam Menentukan Tarif Rawat Inap Terhadap Peningkatan Laba". Telah selesai melaksanakan penelitian pada RSUD R. Syamsudin, SH Kota Sukabumi dari tanggal 20 April s/d 17 Mei 2010, untuk menyelesaikan tugas akhir dalam penyusunan skripsi.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

DIREKTUR RSUD R. SYAMSUDIN, SH
KOTA SUKABUMI



Dr. H. SUPERMAN, MKM
NIP.19550922 1984101001