

**ANALISIS TARIF LAYANAN KESEHATAN BPJS
KESEHATAN (INA-CBGs) DAN EFISIENSI LAYANAN TAHUN 2017
(STUDI KASUS PADA RS. XXX)**

Hernowo

awo.hernowo@gmail.com

Alumni Pascasarjana Perbanas Institute

Imam Wahyudi

imamwahyudi1959@gmail.com

Dosen Pascasarjana Perbanas Institute

ABSTRACT

This study is classified as ethnographic research is a type of research that is qualitative in assessing a problem. This study is in-depth and the researchers directly tangent to the problems studied by looking for informants from the environment involved with the problem.

This study aims to determine whether Dr. Sismadi hospitals uses a method of unit cost calculation to determine its health care tariff, and how to set service rates to anticipate health BPJS patients with INA-CBGs tariff package

The currently used clinical pathway is the concept of an integrated health service plan that summarizes every step taken in patients from entry to exit based on medical service standards, nursing care standards and other evidence-based healthcare standards (diagnostics) with measurable results in the long term certain time during the hospital. Activity based costing (ABC) is one method of unit cost calculation using activity as a reference in tariff determination. The purpose of this study is to provide an alternative in the preparation of outpatient and inpatient tariffs, as well as an alternative that can be used to manufacture tariff packages clinical pathway concept.

The results showed that clinical pathways for BPJS health patients made by Dr. Sismadi hospitals still provide subsidies especially for surgical patients who use general anesthesia to BPJS patients, but for non-surgical cases with up to 3 (three) day, the relative does not provide subsidies.

The result of unit cost calculation with activity based costing (ABC) analysis for polyclinic outpatient and nursing service tariff shows a very varied result, so that the profit margin for each service tariff is very varied as well. The result of unit cost calculation shows that the hospital has not conducted maximum supervision on the cost of the activities of each service unit.

The level of service efficiency by minimizing unit cost with the counselor on the quality and cost of BPJS patient health will be very beneficial for the hospital, so the possibility of subsidy or cost recovery can be minimized

Key Notes: *Tarif of INA-CBGs, RS Tarif, Clinical Pathway, Unit Cost Method ABC.*

PENDAHULUAN

Badan Pengelola Jaminan Sosial Kesehatan atau yang lebih dikenal dengan BPJS Kesehatan, digulirkan oleh Pemerintah sejak tanggal 1 Januari 2014, merupakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), sesuai dengan visi BPJS diharapkan pada tanggal 1 Januari 2019 seluruh masyarakat Indonesia harus menjadi peserta BPJS Kesehatan.

Banyak keluhan terkait dengan pelayanan kesehatan pasien BPJS pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL), diantaranya ; seperti yang tertulis pada Jakarta, Kompas.com (Kamis 13/11/2014). Pasien BPJS sering ditolak di rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan program BPJS tersebut. Hal yang sama diungkapkan pada Cenderawasih Pos (Senin 29/01/2016). Upaya pemerintah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang murah kepada masyarakat, melalui kartu BPJS kesehatan, nampaknya belum sepenuhnya diikuti dengan tingkat pelayanan yang memuaskan seperti harapan masyarakat. Banyak keluhan sana-sini dari para pasien BPJS kesehatan. Bahkan, banyak yang merasa pasien BPJS ini dinomorduakan, apalagi di tempat dokter praktek (FKTP) yang melayani pasien BPJS. Begitu juga di rumah sakit (FKTL), pelayanan juga dirasakan belum sepenuhnya memuaskan. Hal ini, tentunya sangat dikeluhkan, apalagi pasien maupun keluarga ini sedang dalam kondisi kesusahan atau pun sakit.

Peranan BPJS Kesehatan Dalam Peningkatan Pelayanan

Kesehatan, seperti yang disampaikan oleh: Dr. Maya A. Rusady M.Kes, AAK Direktur Pelayanan BPJS Kesehatan, dalam rakernas BPJS Kesehatan pada tanggal 01/03/2017, terhadap keluhan peserta BPJS di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) adalah ; Antrian pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, peserta tidak dilayani oleh dokter dan obat kosong. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) membuat kuota pelayanan peserta. Pembatasan pemberian obat dan ketersediaan obat (PRB). Pasien disuruh datang berulang ulang. Jam Praktek Dokter di FKTP tidak sesuai dengan PKS. Kurang adanya informasi mengenai jenis pelayanan yang ada di RS. Adanya kuota ruang rawat inap Informasi ketersediaan kamar hanya 10% dari total RS. Keterbatasan Ketersediaan Ruang Rawat Intensif

Disamping itu beliau juga mengungkapkan beberapa keluhan yang disampaikan oleh pengelola fasilitas kesehatan sebagai berikut ; Distribusi peserta di FKTP tidak merata, peserta banyak terdaftar di Faskes tertentu. Obat kosong di distributor, sehingga persediaan obat sangat terbatas. Proses pengajuan klaim lama hal ini menyangkut kesehatan keuangan rumah sakit (cash flow). Lambat cairnya uang klaim tersebut dapat mengganggu pelayanan karena fasilitas kesehatan seperti rumah sakit kesulitan dana untuk pengadaan sarana medis dan non medis. Pasien tidak memahami prosedur pelayanan program BPJS kesehatan. Tarif Kapitasi dan paket tarif INA-CBGs kurang memadai. Terlalu banyak aplikasi yang harus dientri.

JAKARTA, KOMPAS.com - Sisi empati dari para tenaga kesehatan dirasakan kurang di mata para pasien Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Riset yang dilakukan oleh Perkumpulan Prakarsa di 11 kabupaten/kota yang melibatkan 1.344 responden rumah tangga menunjukkan beragam keluhan yang dirasakan dalam prosedur pemeriksaan dokter. Keluhan pertama yaitu kurang pedulinya dokter pada pasien BPJS Kesehatan. "Sebesar 50,57 % responden merasa bahwa dokter kurang peduli. Sebesar 14,94% merasa tenaga kesehatan kurang komunikatif, dan sebesar 12,64 % merasa dokter tidak datang tepat waktu sehingga harus menunggu lama," kata salah seorang anggota tim peneliti Maria Lauranti, dalam paparan risetnya di Jakarta, Selasa (23/5/2017).

Dari berbagai keluhan pasien BPJS kesehatan dan permasalahan yang di sampaikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjutan (FKTL), maka yang ingin di fokuskan dalam penelitian ini adalah; analisa tarif rumah sakit yang beralaku umum (non BPJS) terhadap tarif paket INA-CBGs, berapa besar subsidi yang diberikan oleh tarif layanan kesehatan non BPJS terhadap paket tarif INA-CBGs. Apakah tarif layanan rawat jalan dan rawat inap masing-masing kelas yang diberlakukan untuk pasien non BPJS kesehatan dibuat didasarkan pada perhitungan tarif dengan *unit cost* yang beralaku umum diantaranya; menggunakan perhitungan unit cost metode *activity based costing* (ABC). Selanjutnya dengan metode ABC hasil perhitungan (*unit cost*) dapat melihat

tingkat efisiensi dari masing-masing kegiatan (rawat jalan dan rawat inap). Menentukan tarif layanan rumah sakit, biaya satuan (*unit cost*) menjadi penting untuk menggambarkan besarnya biaya operasional rumah sakit, untuk ditetapkan menjadi tarif layanan yang dapat diterima oleh masyarakat sebagai pengguna layanan kesehatan.

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan tersebut maka rumusan masalah penelitian ini adalah : (1) Bagaimana metode perhitungan tarif layanan pasien untuk pemeriksaan rawat jalan dan tarif kamar perawatan dari masing-masing kelas. (2) Bagaimana proses perhitungan tarif layanan rumah sakit dan metode apa yang digunakan untuk menyesuaikan paket tarif layanan pasien BPJS kesehatan (INA-CBGs). (3) Bagaimana hasil perhitungan tarif layanan rawat jalan dan rawat inap di hitung dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* (ABC), terhadap tarif yang diberlakukan kepada pasien umum/perusahaan dan paket tarif konsep *clinical pathway*. (4) Bagaimana RS mengukur tingkat efisiensi menggunakan hasil perhitungan *Unit Cost* metode ABC.

Tujuan secara umum dan khusus adalah : (1) Mengevaluasi dan mengkaji apakah RS telah menggunakan metode perhitungan tarif rawat jalan dan tarif kamar perawatan dari masing-masing kelas sudah tepat, sesuai dengan metode yang berlaku secara umum. (2) Mengidentifikasi serta mengkaji metode perhitungan tarif layanan rumah sakit, dan metode yang digunakan untuk menyesuaikan tarif layanan BPJS kesehatan yang

terdapat pada INA – CBGs. (3) Memberikan alternatif perhitungan tarif rawat jalan dan rawat inap dengan metode *activity based costing* (ABC), dan hasil perhitungan digunakan sebagai dasar penetapan tarif layanan. (4) Memberikan alternatif pengukuran tingkat efisiensi dalam menetapkan besarnya tarif layanan kesehatan, yang didasarkan pada perhitungan metode ABC.

Untuk menghindari ruang lingkup pembahasan yang terlalu luas dan sekaligus untuk menjelaskan analisis penelitian, maka penelitian ini membatasi pada beberapa hal sebagai berikut : (1) Dasar perhitungan atau metode yang digunakan menentukan tarif layanan rumah sakit, untuk pasien umum, perusahaan/asuransi. (2) Dasar perhitungan atau metode yang digunakan menentukan tarif layanan rumah sakit, untuk pasien-pasien BPJS dengan paket tarif INA-CBGs. (3) Besarnya subsidi tarif layanan (Cost Recovery Rate) yang diberikan untuk paket tarif BPJS kesehatan (INA-CBGs). (4) Tingkat efisiensi paket tarif rumah sakit dengan paket tarif BPJS Kesehatan (INA-CBGs). Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat atau sumbangan pemikiran sebagai berikut : (1) Bagi pihak-pihak yang berkepentingan dengan BPJS kesehatan terhadap paket tarif INA-CBGs, diharapkan dapat memberikan pertimbangan-pertimbangan dalam menetapkan paket tarif yang ditujukan kepada mutu, biaya dan pelayanan pasien-pasien BPJS kesehatan. (2) Memberikan masukan kepada manajemen rumah sakit dari hasil penelitian, dapat digunakan sebagai

refrensi perhitungan paket tarif layanan, khususnya untuk pasien BPJS kesehatan dan atau perusahaan/asuransi. (3) Sebagai refrensi organisasi profesi Ikatan Kedokteran Indonesia (IDI), dalam penyusunan tarif dengan konsep *clinical pathway* (CP). (4) Bagi dunia akademik, sebagai materi pembelajaran atau dapat digunakan sebagai acuan penelitian berikutnya.

KERANGKA TEORITIS

Penelitian ini juga dilandasi oleh beberapa penelitian terdahulu yang relevan. Hasil penelitian Putri (2011), tentang metode ABC dalam perhitungan tarif RSUD Sunan Kalijaga Demak, hasil penelitian menyimpulkan bahwa untuk tarif kelas 1,2 dan 3 terjadi subsidi tarif terhadap tarif yang ditetapkan oleh RUD cukup signifikan antara lain; kelas 1 sebesar 23,89%, kelas 2 sebesar 161,26% dan kelas 3 sebesar 85,35%.

Hasil penelitian Latuconsina, dkk (2016), tentang metode ABC dalam penerapan metode *activity based costing* system dalam penentuan tarif jasa rawat inap pada rumah sakit husada utama Surabaya, hasil penelitian menyimpulkan bahwa dibandingkan dengan metode yang ditetapkan Rumah Sakit, maka metode ABC memberikan hasil yang lebih kecil, kecuali untuk kelas 1, 2 dan kelas 3. Hal ini dikarenakan terjadi subsidi silang dalam penentuan tarif.

Hasil penelitian Ahmad Ansyori (2014), tentang metode ABC dalam analisis tarif rawat inap dengan menggunakan metode biaya berbasis aktivitas di RSNU Banyuwangi, hasil penelitian terdapat selisih lebih rendah antara

tarif yang dihitung dengan metode ABC dengan tarif rawat inap di RSNU Banyuwangi yang ditetapkan. Penerapan metode *Activity Based Costing* mampu meningkatkan akurasi tarif rawat inap, karena metode *Activity Based Costing* tarif dihitung berdasarkan aktivitas-aktivitas layanan rawat inap yang terjadi seperti : pemberian makan dan minum pasien, perawat, penggunaan listik dan air, laundry, perlengkapan non medis, pemeliharaan dan kebersihan. Kemudian tarif didapat dari jumlah seluruh konsumsi aktivitas tersebut.

Hasil penelitian Widayanti (2013). Perhitungan tarif dengan *Activity Based Costing* yang dibandingkan dengan metode *unit cost* memberikan hasil yang lebih murah kecuali pada kelas 2 dan kelas 3. Perbedaan yang terjadi disebabkan karena pembebanan biaya *overhead* pada masing-masing produk. Pada metode *unit cost* biaya *overhead* pada masing-masing produk dibebankan pada satu *unit cost driver* saja yaitu jumlah hari rawat inap. Pada *Activity Based Costing system* biaya *overhead* pada masing-masing produk dibebankan pada beberapa *cost driver* sehingga *Activity Based Costing system* mampu mengalokasikan biaya aktivitas ke setiap produk secara tepat berdasarkan konsumsi masing-masing aktivitas.

Dasar penyusunan paket tarif yang diberlakukan oleh BPJS kesehatan adalah, *konsep clinical pathway*. Konsep tarif *Clinical Pathway* (CP) adalah perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah pelayanan yang dilaksanakan pada pasien mulai

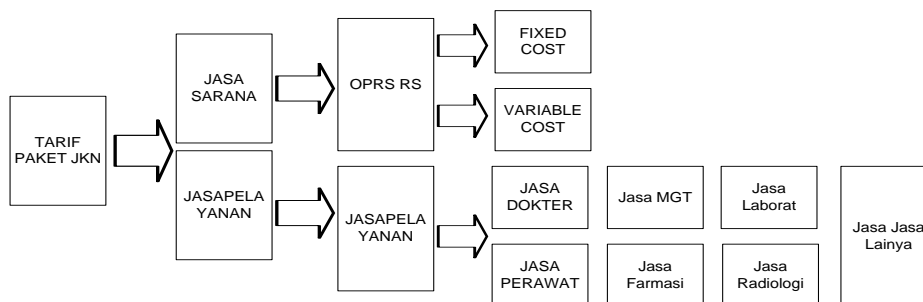
masuk sampai pasien keluar berdasarkan standar pelayanan kedokteran, standar asuhan keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya berbasiskan bukti (*diagnosa*) dengan hasil yang dapat diukur dalam jangka waktu tertentu (*long of stays/LOS*) selama di rumah sakit (UU No.29 Tahun 2009 Praktik Kedokteran Pasal 44 ayat 3. Dan PermenKes No. 148/IX/2010).

Menurut Basmala (2017), *clinical pathway* dapat membantu rumah sakit dalam hal : (1) Memberikan rincian apa yang harus dilakukan pada kondisi klinis tertentu untuk setiap pasien, setiap tindakan klinis dapat ditelusuri dan dimonitor. (2) Memberikan rencana tata laksana hari demi hari dengan standar pelayanan yang dianggap sesuai. (3) Pelayanan dalam *clinical pathway* bersifat multidisiplin, perkembangan pasien dapat dimonitor setiap hari, baik intervensi maupun outcomenya. (4) Membantu rumah sakit mengembangkan sistim kendali pelayanan. (5) Dapat digunakan untuk keperluan perhitungan harga pokok layanan (penghitungan pembiayaan).

Tarif paket BPJS kesehatan dengan INA-CBGs (Indonesian Case Base Groups) ditetapkan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 64 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Tarif INA-CBG merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis. Dibawah ini gambaran

konsep paket tarif INA-CBGs dengan komponen tarif medis dan non medis sebagai berikut :

Gambar 1.1
Konsep Tarif Paket BPJS Kesehatan (INA-CBGs)



Sumber : PMK Nomor 64 Tahun 2016.

Komponen-komponen medis yang sudah terhitung ke dalam tarif ini INA-CBG's adalah sebagai berikut: (a) Konsultasi dokter, (b) Pemeriksaan penunjang, seperti laboratorium, radiologi (rontgen), dll, (c) Obat Formularium Nasional (Fornas) maupun obat bukan Fornas, (d) Bahan dan alat medis habis pakai, (e) Akomodasi atau kamar perawatan, (f) Biaya lainnya yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan pasien.

Dalam implementasi paket tarif INA- CBGs rumah sakit tidak diperbolehkan memberlakukan cost sharing atau biaya tambahan kepada peserta BPJS, bila masih terkait dengan indikasi penyakit yang diderita oleh pasien BPJS (PMK No. 28 Tahun 2014) tetapi lebih dikenal dengan istilah beban layanan gotong royong. Oleh karenanya rumah sakit harus dapat mengantisipasi dengan menyusun tarif yang dapat disesuaikan dengan paket tarif INA-CBGs.

Menurut Blocher, Stout dan Cokins (2011:206). Perhitungan biaya berdasarkan metode *activity based costing* (ABC). Merupakan

pendekatan perhitungan biaya yang membebankan biaya sumber daya ke objek biaya seperti produk, jasa atau pelanggan berdasarkan aktivitas yang dilakukan untuk objek biaya. Anggapan dari pendekatan perhitungan biaya ini adalah bahwa produk atau jasa perusahaan merupakan hasil aktivitas dan aktivitas tersebut memerlukan sumber daya yang menyebabkan timbulnya biaya. Biaya sumber daya dibebankan pada aktivitas berdasarkan aktivitas yang menggunakan atau mengkonsumsi sumber daya (penggerak biaya untuk konsumsi sumber daya) dan biaya aktivitas dibebankan ke objek biaya berdasarkan aktivitas yang dilakukan untuk objek biaya (penggerak biaya untuk konsumsi aktivitas). Perhitungan biaya berdasarkan aktivitas mengakui hubungan antara biaya sumber daya, penggerak biaya, aktivitas objek biaya dalam membebankan biaya aktivitas dan kemudian pada objek biaya

Mulyadi (2011:799), mengungkapkan beberapa realitas dari metode *ABC system* sebagai

berikut : (1) *ABC system* merupakan sistem analisis biaya berbasis aktivitas untuk memenuhi kebutuhan personel dalam pengambilan keputusan, baik yang bersifat strategik maupun operasional. (2) *ABC system* merupakan sistem informasi biaya yang dapat diterapkan dalam semua jenis organisasi –perusahaan manufaktur, jasa dan dagang, serta organisasi sektor publik dan organisasi nirlaba. (3) *ABC system* mencakup seluruh biaya. Dalam perusahaan manufaktur, *ABC system* mencakup biaya desain dan pengembangan, biaya produksi, biaya dukungan intern, biaya pemasaran, biaya distribusi, biaya layanan purnajual. *ABC system* hanya akan optimal hasilnya jika diselenggarakan dengan teknologi informasi. (4) *ABC system* mengubah cara menjelaskan bisnis, oleh karena itu *ABC system* menjadi tanggung jawab semua personel, terutama *operating personnel*.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini diklasifikasikan sebagai penelitian Etnografi merupakan jenis penelitian yang bersifat kualitatif dalam mengkaji suatu permasalahan. Penelitian ini bersifat mendalam dan peneliti langsung bersinggungan dengan permasalahan yang diteliti dengan mencari informan dari lingkungan yang terlibat dengan masalah yang ada. Penelitian etnografi memiliki keunggulan dibandingkan dengan penelitian yang lain. Kekuatan penelitian etnografi (Suryani, 2008:124) dijelaskan bahwa etnografi menyediakan kesempatan yang lebih dalam mengumpulkan data yang komplit dan relevan dalam menjawab permasalahan karena

penelitian etnografi ini mengadakan penelitian secara mendalam dan bersifat partisipan. Etnografi juga mempertimbangkan data dari sumber terbaik untuk studi perbandingan dan analisis. Secara singkat keuntungan penggunaan penelitian etnografi karena : (1) Menghasilkan pemahaman yang mendalam. Karena yang dicari dalam penelitian ini bukan hal yang tampak, melainkan yang terkandung dalam hal yang nampak tersebut. (2) Mendapatkan atau memperoleh data dari sumber utama yang berarti memiliki tingkat validasi yang tinggi. (3) Menghasilkan deskripsi yang kaya, penjelasan yang spesifik dan rinci. (4) Peneliti berinteraksi langsung dengan masyarakat sosial yang akan diteliti. (5) Membantu kemampuan berinteraksi karena menuntut kemampuan bersosialisasi dalam penelitian yang dicoba untuk dijelaskan.

Penelitian Etnografi deskriptif kualitatif, yang tujuannya untuk memberikan gambaran terhadap pelayanan pasien BPJS kesehatan pada rumah sakit, mengklarifikasi suatu kenyataan sosial, dengan jalan menganalisis tarif rumah sakit terhadap tarif paket BPJS kesehatan (INA-CBGs) dan efisiensi rumah sakit terkait dengan layanan kesehatan, dengan cara mendiskripsikan sejumlah variabel-variabel yang berkenaan dengan masalah tarif dan kualitas pelayanan rumah sakit terhadap pasien BPJS kesehatan.

Teknik pengumpulan data dalam penelitian lapangan (etnografi) adalah sebagai berikut (1) Melakukan pengamatan, peneliti melakukan pengamatan pada obyeknya, dengan melakukan observasi partisipatif, terhadap data dan informasi yang diperlukan untuk

penelitian (Gerald D. Berremen 1961: 347), dalam Kontjorongrat (1961:123-125). (2) Metode pengumpulan data dengan teknik dokumentasi resmi, yaitu pengumpulan data dengan cara menggunakan catatan-catatan yang berkaitan dengan data historis (masa lalu) untuk meneliti masalah yang ada (data primer). Dan data skunder data yang diperoleh dari hasil penelitian orang lain atau data dari rumah sakit lain sebagai bahan pembanding untuk memperkuat hasil penelitian ini (Bungin, 2007 : 126). (3) Data primer rumah sakit : (a) Data dan perhitungan tarif layanan rumah sakit (Non BPJS) dan perhitungan paket tarif rumah sakit terhadap pasien BPJS kesehatan, (b) Laporan keuangan operasional (Laba/(Rugi). (c) Jumlah kunjungan pasien rawat jalan dan rawat inap dan/atau kasus layanan pasien-pasien BPJS kesehatan. (d) Data klaim atau tagihan atas pelayanan pasien BPJS kesehatan. (4) Wawancara digunakan untuk lebih dapat memperjelas data dan informasi yang diperoleh oleh peneliti. Wawancara akan dilakukan dengan dokter (IGD, Dokter Bedah, Poliklinik, Dokter Ruangan) dan karyawan rumah sakit (keuangan dan akuntansi, petugas BPJS, dan perawat serta para medis lainnya), dilakukan secara informal sambil bekerja dan diruang kerja masing-masing.

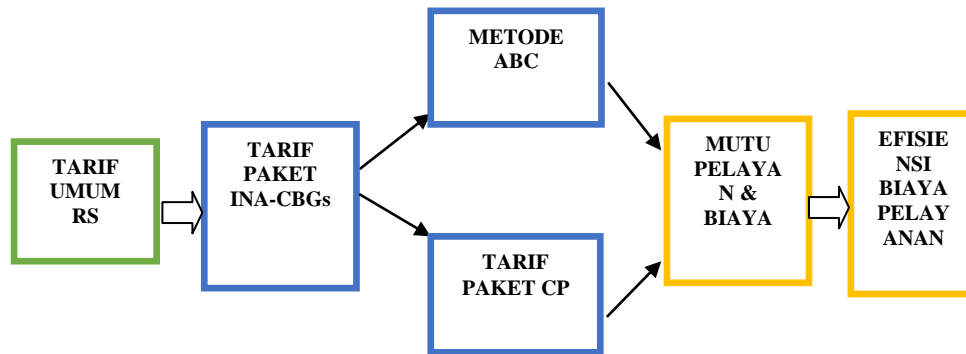
Metode analisis data penelitian akan menggunakan data kualitatif

dalam bentuk pernyataan kata-kata atau gambaran tentang sesuatu yang dinyatakan dalam bentuk penjelasan dengan kata-kata atau tulisan. Dan data kuantitatif dengan Analisis deskriptif, teknik statistik yang pada umumnya digunakan untuk analisis data deskriptif adalah : tabel, grafik dan ukuran rata-rata (Kountur, 2009 : 191).

Menurut Patton (2002) dalam Raco (2010 : 51). Proses penyusunan studi kasus berlangsung dalam tiga tahap yaitu : (1) Pengumpulan data mentah yang akan diolah sesuai dengan kebutuhan penelitian ini dari RS. (2) Menyusun atau menata data dan informasi yang diperoleh melalui pematatan, meringkas data yang masih berupa data mentah, mengklasifikasikan dan mengedit dan memasukkannya dalam satu file yang dapat diatur. (3) Wawancara digunakan untuk lebih memperjelas data dan informasi yang diperoleh oleh peneliti kepada manajemen/pimpinan dan karyawan RS. Wawancara dilakukan secara informal sambil bekerja dan ditempat kerja masing-masing. (4) Penulisan laporan akhir penelitian dalam bentuk narasi dan penjelasan secara detail.

Kerangka pemikiran dirancang dalam penelitian ini untuk memberikan gambaran alur pemikiran yang ditujukan untuk mencapai hasil penelitian yang diharapkan.

Gambar 2.1
Kerangka Pemikiran Penelitian



HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan di rumah sakit tipe D. Mengacu pada tujuan umum dan khusus untuk, tujuan pertama adalah : Mengevaluasi dan mengkaji apakah rumah sakit telah menggunakan metode perhitungan tarif rawat jalan (klinik) dan tarif kamar perawata dari masing-masing kelas sudah tepat, sesuai dengan metode yang berlaku umum.

Perhitungan unit cost pada umumnya digunakan untuk menentukan tarif layanan. Dengan unit cost dapat ditetapkan margin keuntungan yang akan ditetapkan oleh manajemen perusahaan. Dari hasil penelitian, rumah sakit XXX tidak melakukan perhitungan *unit cost* untuk menentukan masing-masing tarif layanan kesehatan yang diberlakukan kepada pasien umum dan perusahaan (Non BPJS). Tarif layanan kesehatan didasarkan atau disesuaikan dengan tarif layanan

kesehatan rumah sakit yang ada disekitarnya disekitarnya. Penentuan besar kecilnya tarif layanan hanya untuk menentukan kemampuan atau kekuatan bersaing rumah sakit XXX, dengan rumah sakit yang dianggap sebagai pesaingnya.

Maka bila tarif layanan kesehatan yang diberlakukan kepada pasien umum atau perusahaan (Non BPJS) dipadukan dengan paket tarif INA-CBGs, rumah sakit akan memberikan subsidi pada setiap kasus (diagnosa) untuk rawat jalan ataupun rawat inap, relatif cukup besar.

Dibawah ini adalah hasil komparasi klaim biaya rawat inap pasien BPJS untuk kasus bedah dan non bedah, dengan tarif layanan yang diberlakukan untuk pasien umum dan perusahaan terhadap paket tarif INA-CBGs selama semester pertama tahun 2017, Data dan informasi dibawah telah diolah oleh peneliti untuk memudahkan.

Tabel 3.1
Subsidi Biaya Layanan Tarif Umum VS paket tarif INA-CBGs

BULAN	JML KASUS	PAKET RS. UMUM	PAKET INA-CBGs	SUBSIDI TARIF (Rp)	SUBSIDI TARIF (%)
JANUARI	116	470.544.339	374.776.800	95.767.539	-20,35%
FEBRUARI	94	382.735.517	328.301.200	54.434.317	-14,22%
MARET	150	558.759.222	495.686.700	63.072.522	-11,29%
APRIL	109	504.969.842	367.541.500	137.428.342	-27,22%
MEI	118	533.679.876	385.895.300	147.784.576	-27,69%
JUNI	66	288.270.537	199.251.700	89.018.837	-30,88%
TOTAL	653	2.738.959.333	2.151.453.200	587.506.133	-21,45%

Sumber data : Bagian BPJS RS. XXX Yang Diolah

Subsidi biaya layanan rawat inap **21.45%** atau sebesar **Rp. 587.506.133,-** selama semester pertama tahun 2017. Jumlah tersebut relatif cukup tinggi dan sangat berpengaruh pada pendapatan rumah sakit dan pendapatan dokter (pola bagi hasil) secara keseluruhan.

Hal yang sama terjadi pada layanan rawat jalan ada beberapa kasus rawat jalan, rumah sakit memberika subsidi. Tetapi secara total layanan rawat jalan lebih menguntungkan. Contoh untuk kasus-kasus rawat jalan dengan besarnya subsidi yang diberikan oleh RS.

Tabel 3.2
Subsidi Paket Tarif Rawat Jalan INA-CBs VS Tarif Umum RS

NO	CODING		DIAGNOSA	TARIF	%
1	Z09.8	Utama	Fllo - up after other treatment for condition		
	N20.0	Sekunder	Calculus of kidney		
	88.75	Prosedur	Diagnostic ultrasound of urinary system		
			Paket tarif INA-CBGs	533.600	
			Paket tarif RS	955.230	
			Cost Recovery/Subsidi RS	421.630	44,14%
2	H65.9	Utama	Nonsuppurrative otitis media, unspecified		

		Sekunder	-		
18.11		Prosedur	Otoscopy		
			Paket tarif INA-CBGs	185.500	
			Paket tarif RS	416.570	
			Cost Recovery/Subsidi RS	231.070	55,47%
3	Z09.8	Utama	Follow - up after other treatment for condition		
	J44.9	Sekunder	Chronic obstructive pulmonary diseases, unspecified		
	88.76	Prosedur	Diagnostic ultrasound of abdomen and retroperitoneum		
			Paket tarif INA-CBGs	533.600	
			Paket tarif RS	743.045	
			Cost Recovery/Subsidi RS	209.445	28,19%
4	Z09.8	Utama	Follow - up exam after other treatment for condition		
	I11.9	Sekunder	Hypertensive heart disease without heart failure		
			Paket tarif INA-CBGs	185.000	
			Paket tarif RS	259.855	
			Cost Recovery/Subsidi RS	74.855	28,81%

Sumber Data : Bagian BPJS RS. XXX Yang Diolah

Tabel 3.3
 Klaim Tagihan Rawat Jalan Paket Tarif INA-CBs VS Tarif Umum RS

BULAN	JML KASUS	TARIF INA-CBGs	TARIF UMUM RS	SELISIH TARIF	%
JAN	778	149.279.100	112.135.336	37.143.764	33,12%
FEB	770	147.694.100	103.907.486	43.786.614	42,14%
MAR	932	178.937.500	138.013.806	40.923.694	29,65%
APR	880	171.646.700	127.045.148	44.601.552	35,11%
MEI	898	178.793.100	130.970.314	47.822.786	36,51%
JUNI	788	153.972.400	111.182.915	42.789.485	38,49%
TOTAL	5.046	980.322.900	723.255.005	257.067.895	35,54%

Sumber Data : Bagian BPJS RS. XXX Yang Diolah

Tabel 3.4
Besarnya Subsidi Yang Diberikan Tarif Umum VS INA-CBGs

KETERANGAN	TARIF UMU RS	INA CBGS	SUBSIDI	
			Rp.	%
RANAP	2.738.959.333	2.151.453.200	- 587.506.133	-21,45%
RAJAL	723.255.005	980.322.900	257.067.895	35,54%
TOTAL	3.462.214.338	3.131.776.100	- 330.438.238	-9,54%

Sumber Data : Bagian BPJS RS. XXX Yang Diolah

Dari total klaim tagihan menggunakan tarif layanan untuk pasien umum dan perusahaan, sampai dengan semester pertama tahun 2017, rumah sakit memberikan subsidi sebesar 9.54% atau sebesar Rp.330,438,238.- dari total tagihan sebesar **Rp.3,462,214,338,-**

Kondisi ini merupakan salah satu penyebab, mengapa rumah sakit tidak memberikan layanan kesehatan secara maksimal untuk pasien-pasien BPJS kesehatan. Dan paket tarif INA-CBGS masih terlalu rendah bila dibandingkan dengan tarif layanan kesehatan rumah sakit.

Tujuan kedua adalah : Mengidentifikasi serta mengkaji metode perhitungan tarif layanan rumah sakit, dan metode yang digunakan untuk menyesuaikan tarif BPJS kesehatan yang terdapat pada INA – CBGs

Rumah sakit menetapkan tarif konsep *clinical pathway* untuk pasien-pasien BPJS rawat inap dengan menetapkan beberapa kebijakan sebagai dasar perhitungan *unit cost* dan margin keuntungan dengan menggunakan tarif layanan

pasien umum dan perusahaan sebagai dasar acuan. Berapa kebijakan yang ditetapkan sebagai berikut : (1) Lama rawat (LOS) ditetapkan rata-rata 3(tiga). (2) Tarif kamar 50% dari tarif layanan umum, pemeriksaan penunjang medis dengan margin keuntungan 20% dari harga beli reagen/bahan kimia dan bahan lainnya sebelum PPN. (3) Obat dan alkes serta bahan habis pakai lainnya, ditetapkan dengan margin keuntungan 20% dari harga pembelian, setelah PPN. Untuk pasien umum. (4) Untuk pasien dengan tindakan melalui kamar operasi, dikelompokkan ; sedang dan besar, untuk penentuan besarnya biaya dr.operator dan dr. Anestesi (terkait dengan pola bagi hasil) serta sewa kamar operasi dan ruang pemulihan (*recovery room/RR*).(5) Biaya administrasi rawat inap sebesar 3% dari jumlah transaksi atau beban pasien rawat inap.

Dibawah ini contoh rekapitulasi perhitungan biaya rawat inap untuk beberapa kasus paket tarif konsep *clinical pathway* yang dikomparasikan dengan paket tarif INA-CBS sebagai berikut :

Tabel 3.5
Komparasi Tarif Clinical Pathway VS INA-CBGs

DIAGNOSA : APENDIC & LAPARATOMY			
KETERANGAN	KELAS 1	KELAS 2	KELAS 3
CLINICAL PATHWAY	9.425.310	8.910.310	8.393.310
INA-CBGs	7.279.500	6.239.600	5.199.600
SUBSIDI PBJS (Rp)	-2.145.810	-2.670.710	-3.193.710
SUBSIDI PBJS (%)	-22,77%	-29,97%	-38,05%

Sumber Data : Bagian BPJS RS. XXX Yang Diolah

Tabel 3.6
Komparasi Tarif Clinical Pathway VS INA-CBGs

DIAGNOSA : SECTIO			
KETERANGAN	KELAS 1	KELAS 2	KELAS 3
CLINICAL PATHWAY	6.872.800	6.177.700	5.842.800
INA-CBGs	6.191.300	5.306.800	4.422.400
SUBSIDI PBJS (Rp)	681.500	870.900	1.420.400
SUBSIDI PBJS (%)	-9,92%	-14,10%	-24,31%

Sumber Data : Bagian BPJS RS. XXX Yang Diolah

Tabel 3.7
Komparasi Tarif Clinical Pathway VS INA-CBGs

DIAGNOSA : KURETASE			
KETERANGAN	KELAS 1	KELAS 2	KELAS 3
CLINICAL PATHWAY	4.650.450	4.063.350	3.692.550
INA-CBGs	2.084.700	1.786.900	1.881.000
SUBSIDI PBJS (Rp)	-2.565.750	-2.276.450	-1.811.550
SUBSIDI PBJS (%)	-55,17%	-56,02%	-49,06%

Sumber Data : Bagian BPJS RS. XXX Yang Diolah

Tabel 3.8
Komparasi Tarif Clinical Pathway VS INA-CBGs

DIAGNOSA : THYPOID			
KETERANGAN	KELAS 1	KELAS 2	KELAS 3
CLINICAL PATHWAY	1.926.100	1.771.600	1.617.100
INA-CBGs	3.017.400	2.586.400	2.155.300
SUBSIDI PBJS (Rp)	1.091.300	814.800	538.200
SUBSIDI PBJS (%)	56,66%	45,99%	33,28%

Sumber Data : Bagian BPJS RS. XXX Yang Diolah

Tabel 3.9
Komparasi Tarif Clinical Pathway VS INA-CBGs

DIAGNOSA : DHF			
KETERANGAN	KELAS 1	KELAS 2	KELAS 3
CLINICAL PATHWAY	1.724.500	1.569.800	1.415.220
INA-CBGs	1.509.800	1.294.200	1.078.500
SUBSIDI PBJS (Rp)	-214.700	-275.600	-336.720
SUBSIDI PBJS (%)	-12,45%	-17,56%	-23,79%

Sumber Data : Bagian BPJS RS. XXX Yang Diolah

Dari beberapa contoh konsep paket tarif *clinical pathway* diatas, untuk kasus atau diagnosa dengan tindakan yang menggunakan kamar operasi terjadi subsidi tarif relatif cukup tinggi dari masing-masing kelas perawatan. Tetapi untuk kasus non bedah bukan berarti bebas dari subsidi tarif. Dibandingkan dengan kasus bedah, perawatan dengan non bedah relatif lebih menguntungkan dengan masa rawat yang pendek/LOS 3 s.d 4 hari.

Dari hasil wawancara dengan pimpinan rumah sakit dan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) bahwa, untuk saat ini rumah sakit dalam mengantisipasi tarif paket INA-CBGs lebih tepat menggunakan konsep *clinical pathway*.

Oleh karenanya bahwa bersama dengan komite medik rumah sakit secara periodik terus melaksanakan riview, dan melakukan penyempurnaan dengan memperbaiki setiap langkah pengobatan dan perawatan yang dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), yang terkait dengan mutu dan biaya pasien BPJS kesehatan.

Dibawah ini rekapitulasi tagihan (klaim) paket tarif konsep *clinical pathway* terhadap paket tarif INA-CBGs, selama semester pertama tahun 2017 yang diajukan ke BPJS oleh rumah sakit sebagai berikut :

Tabel 3.10
Komparasi Paket Tarif Clinical Pathway VS INA-CBGs

BULAN	JML KASUS	PAKET CLINICAL PATHWAY	PAKET INA-CBGs	SUBSIDI TARIF	SUBSIDI TARIF
				Rp.	%
JAN	116	387.257.991	374.776.800	- 12.481.191	-3,22%
FEB	94	341.400.081	328.301.200	- 13.098.881	-3,84%
MAR	150	501.207.022	495.686.700	- 5.520.322	-1,10%
APR	109	429.224.366	367.541.500	- 61.682.866	-14,37%
MEI	118	470.705.651	385.895.300	- 84.810.351	-18,02%
JUNI	66	246.759.580	199.251.700	- 47.507.880	-19,25%
TOTAL	653	2.376.554.690	2.151.453.200	- 225.101.490	-9,47%

Sumber Data : Bagian BPJS RS. XXX Yang Diolah.

Terjadi subsidi tarif paket *clinical pathway* terhadap INA-CBGs sebesar **Rp. 225.101.490,-** atau **9,47%** dari total tagihan sebesar **Rp. 2.376.554.690,-** Subsidi dengan jumlah relatif tinggi dalam semester pertama tahun 2017.

Untuk lebih dapat diketahui berapa besarnya subsidi yang diberikan untuk masing-masing kelas. Dibawah ini alokasi subsidi dari masing-masing kelas sebagai berikut :

Tabel 3.11
Subsidi Biaya Paket Tarif Clinical Pathway VS INA-CBGs

	KELAS			TOTAL
	1	2	3	
KASUS	82	328	243	653

PAKET CP	349.614.657	1.065.824.996	961.115.037	2.376.554.690
INA-CBGs	329.239.200	1.065.186.700	757.027.300	2.151.453.200
NILAI SUBSIDI	20.375.457	638.296	204.087.737	225.101.490
SUBSIDI	-5,83%	-0,06%	-21,23%	-9,47%

Sumber Data : Bagian BPJS RS. XXX Yang Diolah.

Dengan tarif konsep *clinical pathway* yang digunakan oleh rumah sakit dalam mengantisipasi tarif paket INA-CBGs rumah sakit tetap masih memberikan subsidi kepada pasien-pasien BPJS kesehatan terutama untuk kelas 3(tiga). Total subsidi dihitung secara rata-rata setiap bulan sebesar Rp. **37,516,915,-**

Dibawah ini adalah total tagihan selama semester pertama tahun 2017, pasien-pasien BPJS tarif konsep *clinical pathway* yang dikomparasikan dengan tarif paket INA-CBGs Sebagai berikut :

Tabel 3.12
 Klaim Paket Tarif Clinical Pathway VS Paket Tarif INA-CBs

AKTIVITAS	JML KASUS	PAKET CLINICAL PATHWAY	PAKET INA-CBGs	SUBSIDI TARIF Rp.	SUBSIDI TARIF %
Rawat Inap	653	2.376.554.690	2.151.453.200	225.101.490	-9,47%
Rawat Jalan	5.046	723.255.005	980.322.900	257.067.895	35,54%
TOTAL		3.099.809.695	3.131.776.100	31.966.405	1,03%

Sumber Data : Bagian BPJS RS. XXX Yang Diolah

Secara total klaim dengan tarif konsep *clinical pathway* sebesar **Rp. 3.099.809.695,-** klaim dengan tarif paket INA-CBGs sebesar **Rp.3.131.776.100,-** rumah sakit mendapat kelebihan klaim sebesar **Rp.31.966.405,-**

Tujuan ketiga : Memberikan alternatif perhitungan tarif rawat jalan dan rawat inap dengan metode *activity based costing* (ABC), dan hasil perhitungan digunakan sebagai dasar penetapan tarif layanan.

Perhitungan harga pokok produksi dengan metoda *activity*

based costing (ABC) adalah perhitungan dengan pendekatan aktivitas dan cost driver. Biaya disajikan dikelompokkan sebagai : *unit level activity costs, facility sustaining activity costs dan batch related activity costs.* (Blocker, Stout, Cokins, 2010 : 205).

Hasil perhitungan dengan data dan informasi yang diperoleh dan telah dikelompokkan kedalam kegiatan : (1) *unit level activity cost.* (2) *facility sustaining activity costs,* dan (3) *batch related activity cost.*

Tabel 3.13
Komparasi Hasil Perhitungan Metode ABC VS Tarif RS

KELAS	TARIF RS (Rp)	UNIT COST METODE ABC		JML PASIEN	JML HR.RAWAT
		Rp	%		
Klinik IGD	65.000	70.733	108,82%	1.785	0
Spesialis	100.000	48.175	48,18%	6.257	0
Kelas 1	350.000	207.481	59,28%	103	236
Kelas 2	250.000	69.901	27,96%	368	841
Kelas 3	150.000	71.433	47,62%	296	658
HCU	400.000	227.796	56,95%	46	106
ISOLASI	350.000	258.178	73,77%	53	122
PERINATOLOGI	300.000	335.535	111,84%	39	89

Dari hasil perhitungan dengan menggunakan metode ABC yang didasarkan pada kegiatan di unit pelayanan masing-masing, terlihat bahwa :

1. Hasil perhitungan unit cost sebesar **Rp. 70.733**, bahwa kapasitas kegiatan dengan biaya yang dikeluarkan oleh unit layanan tersebut terlalu besar (inefisiensi) dengan layanan pasien BPJS sebanyak 1.785 dalam satu semester. Dalam waktu 6(enam) bulan, rata-rata per bulan pasien BPJS sebanyak 298. Dalam waktu 24 jam rumah sakit melayani pasien IGD/Umum sebanyak 9 s.d 10 pasien perhari. Sebagai catatan bahwa pasien-pasien BPJS melalui IGD untuk kasus emergency.
2. Berbeda dengan unit cost tarif poliklinik IGD/Umum. Tarif layanan poliklinik spesialis dengan perhitungan metode ABC di peroleh *unit cost*

sebesar **Rp.48.175,-** atau **48.18%** dari tarif layanan spesialis sebesar **Rp. 100.000,-** artinya rumah sakit memiliki margin keuntungan sebesar **51.825%**, relatif masih dapat diterima. Jumlah pasien BPJS dalam satu semester 6.257 pasien, setiap bulannya rata-rata rumah sakit melayani 1.043 pasien BPJS.

3. *Unit cost* untuk kamar perawatan kelas 2 dan 3, relatif cukup baik. Rumah sakit masih memiliki margin keuntungan diatas 50%. Jumlah dan hari rawatnya /LOS, pasien BPJS untuk kelas 2 dan 3 terhadap biaya layanan, sebagai beban aktivitas layanan relatif cukup terkontrol.
4. *Unit cost* untuk kamar kelas 1, HCU dan Isolasi sebesar 56,95% s.d 73.77%. Margin keuntung yang diperoleh rumah sakit antara 30%

s.d 45%, relatif masih cukup aman dan terkontrol, terutama untuk pasien-pasien HCU dan Isolasi, adalah pasien-pasien yang memerlukan perhatian khusus, termasuk penyediaan obat dan alkes habis pakai.

5. Untuk kamar perinatologi rumah sakit masih mensubsidi tarif layanan sebesar 11.84%. Perlu pengkajian lebih lanjut atas beban layanan, untuk kegiatan layanan di unit tersebut.

Bagaimana rumah sakit mengukur tingkat efisiensi menggunakan hasil perhitungan *Unit Cost* metode ABC dalam menetapkan besarnya tarif layanan kesehatan. Analisa metode ABC adalah, metode perhitungan *unit cost* yang cukup simple, dengan menggunakan kegiatan layanan dan jumlah biaya yang dikeluarkan serta adanya faktor penggerak (*driver*) yang dijadikan ukuran *unit cost*. Dari hasil perhitungan *unit cost* untuk layanan pasien BPJS kesehatan di RS. XXX, hasilnya sangat bervariasi, dan bahkan masih ada tarif layanan kamar yang di subsidi. Hasil ini dapat dijadikan sebagai dasar perhitungan tarif layanan khususnya untuk pasien BPJS kesehatan yang di tetapkan dalam tarif paket INA-CBGS, dan hasil ini pula merupakan ukuran efisiensi yang dapat dievaluasi oleh manajemen RS XXX. Rumah harus mampu menetapkan besar unit cost dari masing-masing tarif layanan tersebut, dan secara periodik

melakukan perhitungan atau evaluasi layanan yang terkait dengan mutu dan biaya layanan kesehatan.

KESIMPULAN

Konsep *clinical pathway* untuk saat ini merupakan konsep yang paling tepat digunakan oleh RS, dalam melayani pasien BPJS kesehatan dengan tarif paket INA-CBS. Untuk kasus-kasus bedah yang menggunakan anestesi umum, dengan konsep *clinical pathway* rumah sakit masih memberikan subsidi yang relatif cukup besar. Untuk itu perlu pengkajian ulang atau memberikan masukan kepada BPJS merubah tarif untuk kasus-kasus bedah dengan subsidi yang besar. Untuk kasus non bedah dengan masa rawat/LOS rata-rata 3(tiga) hari tarif INA-CBGs relatif lebih menguntungkan bagi rumah sakit.

Metode *activity based costing* (ABC) dapat digunakan oleh rumah sakit, sebagai dasar penentuan tarif layanan kesehatan untuk pasien BPJS dan pasien non BPJS. Metode ABC juga dapat menunjukkan tingkat efisiensi layanan dari masing-masing unit kegiatan, dengan melihat aktivitas layanan dengan jumlah layanan yang di dapat serta biaya yang dikeluarkan untuk layanan tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Ansyori 2014, *Analisis Tarif Rawat Inap Dengan Menggunakan Metode Biaya Berbasis Aktivitas di RSNU Banyuwangi*. Skripsi tidak di publikasikan.
- Azlika M, dkk. 2015. *Hubungan Antara Mutu Pendidikan*

- Dengan Kepuasan Pasien Peserta Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam (RSI) Sitti Maryam Kota Manado. Jurnal Ilmiah Farmasi – UNSRAT Vol.4 No.4 November 2015 ISSN 2302 – 2493.*
- Blocker, Edward J. Stout, David E, Cokins Gary. 2011. *Cost Management: Strategic Emphasis* (Manajemen Biaya Penekanan Strategis) Edisi Kelima, Penerbit Salemba Empat.
- Bunga Miranti. Eri Triharyati. *Analisis Penentuan Tarif Rawat Inap Dengan Metode Activity Based Costing RSUD Hapsari Medika Kota Lubuklinggau. Jurnal Ilmu Manajemen Vol.5 No.1 Desember 2015.*
- Burhan Bungin. 2007. *Penelitian Kualitatif*, Edisi Kedua, Prenada Media Group. Jakarta.
- Carter, Wiliam K dan Milton F. Usry. 2006. *Akuntansi Biaya, Edisi Ketigabelas, Buku I*, Penerbit Salemba Empat, Jakarta.
- Cecily A. Raiborn, Michael R.Kinney. *Cost Accounting Foundation and Evaluations (Akuntansi Biaya Dasar dan Perkembangan)*. Edisi 7, Penerbit Salemba empat tahun 2016.
- Dedi Mulyadi, dkk. 2013. *Analisis Manajemen Pelayanan Kesehatan Pada Rumah Sakit Islam Karawang. Jurnal Manajemen Vol.10 No.3 April 2013.*
- Dewi Basmalah, Dr, MARS. 2017. *Strategi Pengelolaan Pembiayaan RSUD Kota Bogor di Era BPJS Kesehatan.*
- Gabriela. 2012. *Penerapan Activity Based Costing Tarif Jasa Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah di Makasar. Makasar : Universitas Hasanuddin.*
- Handoko, T.Hani. 2009. *Manajemen BPEE – Yogyakarta: Fakultas Ekonomi Universitas Gajah Mada.*
- Hansen, R. Don, and Marryanne M. Mowen.2004. *Management Accounting. Second Edition.* Cincinnati, Ohio: South-Western Publishing Co.
- Hendra Kurniawan. 2013. *Penerapan Metode Activity Based Costing Sebagai Penentuan Tarif Pelayanan Rawat Inap (Studi Kasus pada RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto).*
- Horngren., Foster, dan Datar, 1987, *Cost Accounting: A Managerial Emphasis*, yang dialih bahasakan oleh Desi Andhariyani, 2005, *Akuntansi Biaya: Suatu Pendekatan Manajerial*, Erlangga, Jakarta.
- Info BPJS Kesehatan Media Internal Resmi BPJS Kesehatan. Edisi VIII Tahun 2014.
- Ira Setyaningsih, dkk. 2013. *Analisis Kualitas Pelayanan Rumah Sakit Terhadap Pasien Menggunakan Pendekatan Lean Servperf. Spektrum Industri, Vol 11, No.2,117 – 242, ISSN: 1963-6590.*
- Jalib Umar Latuconsina, Hwihanus. 2016. *Penerapan Meode Activity Based Costing System*

- Dalam Penentuan Tarif Jawa Rawat Inap Pada Rumah Sakit Husada Utama Surabaya.* Jurnal Ekonomi Akuntansi. Vol. 1, Nomor 1, April 2016.
- James C. Van Horne, John M. Wachowicz, Jr. 2009. *Fudamental of Financial Management (Prinsip-Prinsip Manajemen Keuangan)*. Edisi 13. Penerbit Salemba Empat 2013.
- Jimmy Kamasih, dkk. Analisis Perhitungan Harga Pokok Produksi Dengan Metode Tradisional Dan Activity Based Costing Pada UD.Cella Cake Bakery Manado.
- Jony Oktavian Haryanto dan Ollivia. 2009. *Pengaruh Faktor Rumah Sakit, Tenaga Medis, dan Kualitas Pelayanan Rumah Sakit Terhadap Intensi Pasien Indonesia untuk Berobat di Singapura.* Jurnal Ekonomi Bisnis No. 2 Vol 14, Agustus 2009.
- Maretandra Inti Putri. 2014. Analisis Perhitungan Tarif Rawat Inap Rumah Sakit Dengan Metode Activity Based Costing Di RSUD Sunan Kalijaga.
- Muh. Anwar Hafid. 2014. *Hubungan Kinerja Perawat Terhadap Tingkat Kepuasan Pasien Pengguna Yankestis Dalam Pelayanan Keperawatan di RSUD Syech Yusuf.* Kab. Goa:.. Jurnal Kesehatan Volume VII No.2/2014.
- Mulyadi. 2007. *Sistem Perencanaan dan Pengendalian Manajemen.* Universitas Gajah Mada, Edisi 3, Penerbit Salemba Empat.
- Mulyadi. 2015. *Akuntansi Biaya.* Universitas Gajah Mada, Edisi Kelima, Unit Penerbit dan Percetakan Sekolah Tinggi Ilmu Manajemen YKPN.
- Mursyidi. 2010. *Akuntansi Biaya Convensional Costing, Just in Time, dan Activity Based Costing.* Bandung PT. Refika Aditama.
- Musramadoni. 2015. *Pelaksanaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Rasidin Padang Berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.*
- Nurhidayat, dkk. 2014. *Strategic General Hospital Bone Regency in Implementation Of Prospective Payment System Delivery Care Patients In Jamkesda Program.* Jurnal administrai Rumah Sakit Volume 1. Nomor, 2014.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27Tahun 2014. *Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case Base Grups (INA-CBGs).*
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2016, *Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016*
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016. *Tentang Pedoman Indonesia Case Base Grups (INA-CBGs) Dalam*

- Pelaksanaan Jminan Kesehatan.*
- Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI). 2004. *Pedoman Akuntansi Rumah Sakit Non Pemerintah.*
- Primasari, dkk. 2014. *Analysis of National Health Insurance Referral System in Public Hospital dr.Adjidarmo.* Lebak: Jurnal administrai Rumah Sakit Volume 1. Nomor, 2014.
- Rully Astrini. 2012. *Pengaruh Kualitas Pelayanan (Serqual) Rawat Inap Terhadap Kepuasan Pasien Rumah Sakit Puri Cinere.* Skripsi Tidak Dipublikasikan.
- Sandra Aulia, dkk. Program Vokasi Universitas Indonesia 2015. *Cost Recovery Rate Program Jaminan Kesehatan BPJS Kesehatan.* Akuntabilitas Vo.III, No.2, Agustus 2015 P-ISSN :1979-858X.
- Silviana Agustini, dkk. *Analisis Perbandingan Sistem Tradisional Dengan Sistem Activity Based Costing Dalam Perhitungan Harga Pokok Produksi di PT. Pinda (Persero).*
- Susi Andriani, dkk. 2009. *Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Rawat Inap Di Badan Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Magelang.* Jurnal Kesehatan,ISSN 1979-7621, Vol.2, No1, Juni 2009.
- Toto Prihadi, 2013. *Capital Budgeting & Fixed Asset Management.* Cetakan I, PPM Manajemen.
- Trisnantoro, Laksono. 2015. *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit.* Edisi Kelima, Gajah Mada University Press.
- Undang – undang Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
- Widayanti. 2013. *Perbandingan Tarif Jawa Rawat Inap Dengan Unit Cost dan Activity Based Costing System Pada Rumah Sakit (Studi Kasus Pada RSUD Kota Yogyakarta).*
- Yuda Supriyanto. 2012. *Analisis Pengaruh Kualitas Pelayanan, Harga, Dan Fasilitas Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan Di Rumah Sakit Kariadi Semarang.*
- Peraturan Menteri Ketenagakerjaan Nomor 2 Tahun 2016 tentang Sistem Standarisasi Kompetensi Kerja Nasional Indonesia (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 257).
- Peraturan Menteri Ketenagakerjaan Nomor 3 Tahun 2016 tentang Tata Cara Penetapan Standar Kompetensi Kerja Nasional Indonesia (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 258).