ANALISIS PENERAPAN METODE *ACTIVITY BASED COSTING* DALAM PERHITUNGAN *UNIT COST* INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) PADA RSUD X

SKRIPSI

Oleh:

Nama: Muhamad Choirul Hanafi

No. Mahasiswa: 20312438

FAKULTAS BISNIS DAN EKONOMIKA

UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA

YOGYAKARTA

2025

ANALISIS PENERAPAN METODE *ACTIVITY BASED COSTING* DALAM PERHITUNGAN *UNIT COST* INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) PADA RSUD X

SKRIPSI

Disusun dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk mencapai derajat Sarjana Strata-1 Program Studi Akuntansi pada Fakultas Bisnis dan Ekonomika Universitas Islam Indonesia

Oleh:

Nama: Muhamad Choirul Hanafi

No. Mahasiswa: 20312438

FAKULTAS BISNIS DAN EKONOMIKA

UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA

YOGYAKARTA

2025

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Muhamad Choirul Hanafi

NIM : 20312438

Program studi : Akuntansi

Fakultas : Fakultas Bisnis dan Ekonomika

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam penulisan skripsi tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali serta tertulis diacu dalam skripsi ini dan disebutkan referensinya. Apabila di kemudian hari terdapat dan terbukti pernyataan ini tidak benar, maka saya sanggup menerima hukuman/sanksi sesuai peraturan yang berlaku.

Yogyakarta, 17 Mei 2025

Penulis,



Muhamad Choirul Hanafi

HALAMAN PENGESAHAN

ANALISIS PENERAPAN METODE *ACTIVITY BASED COSTING* DALAM PERHITUNGAN *UNIT COST* INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) PADA RSUD X

Skripsi

Diajukan oleh:

Nama: Muhamad Choirul Hanafi

No. Mahasiswa: 20312438

Yogyakarta, Mei 2025

Menyetujui,

Dosen Pembimbing



Drs. Yunan Najamuddin, MBA, CMA, CAPF

BERITA ACARA UJIAN TUGAS AKHIR SKRIPSI

FAKULTAS
BISNIS DAN EKONOMIKA

Gedung Prof. Dr. Ace Partadiredja
Universitas Islam Indonesia
Condong Catur Depok Yogyakarta 55283
T. (0274) 881546, 885376
F. (0274) 882589
E. fbe@uii.ac.id
W. fbe.uii.ac.id

BERITA ACARA UJIAN TUGAS AKHIR/SKRIPSI
Nomor: 199/Ka.ProdiAkt/10/Prodi.Ak/US/V/2025

Bismillahirrahmanirrahim,

Pada Semester Genap 2024/2025, hari Selasa, tanggal 03 Juni 2025, Program Studi Akuntansi Fakultas Bisnis dan Ekonomika UII telah menyelenggarakan Ujian Tugas Akhir/Skripsi yang disusun oleh:

Nama	: MUHAMAD CHOIRUL HANAFI
NIM	: 20312438
Judul Tugas Akhir	: Analisis Penerapan Metode Activity Based Costing Dalam Penentuan Perhitungan Unit Cost Instalasi Gawat Darurat (IGD) Pada RSUD X
Dosen Pembimbing	: Yunan Najamuddin, Drs., MBA., CMA., CAPF

Berdasarkan hasil evaluasi Tim Dosen Penguji Tugas Akhir, maka Tugas Akhir (Skripsi) tersebut dinyatakan:

Lulus

Nilai : A

Referensi : Layak ditampilkan di Perpustakaan

Tim Penguji:

Ketua Tim : Yunan Najamuddin, Drs., MBA., CMA., CAPF

Anggota Tim : Rizki Hamdani, SE., Ak., M.Ak.

Yogyakarta, 03 Juni 2025

Ketua Program Studi Akuntansi,

Prof. Rifqi Muhammad, SE., SH., M.Sc., Ph.D., SAS
NIK. 033120104

BERITA ACARA UJIAN TUGAS AKHIR/SKRIPSI

SKRIPSI BERJUDUL

Analisis Penerapan Metode Activity Based Costing Dalam Penentuan Perhitungan Unit Cost Instalasi Gawat Darurat (IGD) Pada RSUD X

Disusun oleh : MUHAMAD CHOIRUL HANAFI

Nomor Mahasiswa : 20312438

Telah dipertahankan didepan Tim Penguji dan dinyatakan Lulus
pada hari, tanggal: Selasa, 03 Juni 2025

Penguji/Pembimbing Skripsi : Yunan Najamuddin, Drs., MBA., CMA., CAPF

Penguji : Rizki Hamdani, SE., Ak., M.Ak.

Mengetahui
Dekan Fakultas Bisnis dan Ekonomika
Universitas Islam Indonesia



Prof. Johan Arifin, S.E., M.Si., Ph.D., CFrA, CertIPSAS.

MOTTO

“Cukuplah Allah menjadi Penolong kami dan Allah adalah sebaik-baik Pelindung”

(QS. Ali ‘Imran: 173)

“Ridha Allah berada pada ridha kedua orang tua. Sedangkan murka-Nya berada pada murka keduanya”

(HR At-Tirmidzi, Ibnu Hibban, dan Al-Hakim)

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Segala puji syukur kehadirat Allah Subhanahu Wa Ta'ala, karena atas rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **"ANALISIS PENERAPAN METODE *ACTIVITY BASED COSTING* DALAM PERHITUNGAN *UNIT COST* INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) PADA RSUD X".** Skripsi ini disusun sebagai bagian dari persyaratan penyelesaian pendidikan dan pemberian gelar Sarjana Program Studi Akuntansi di Fakultas Bisnis & Ekonomi Universitas Islam Indonesia. Keberhasilan penelitian ini dapat dicapai berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, baik dalam bentuk dukungan moril maupun dukungan finansial. Karenanya, pada kesempatan ini, penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyesaikan skripsi ini dengan baik.
2. Kepada orang tua penulis, Bapak Mohamad Ikhsan dan Ibu Umi Wuridiyati yang senantiasa memberikan kasih sayang, ridho serta restu, do'a, semangat, arahan dan juga dukungan dari moril sampai finansial. Jutaan ucapan terima kasih dari penulis tidak akan pernah sanggup membalas semua kebaikan kalian dalam hidup penulis. Penulis tidak tahu bagaimana caranya merangkai kalimat yang indah, tapi semoga tulisan sederhana ini mampu menjelaskan betapa beruntungnya penulis memiliki kalian. Kalian bersedia menerima lebih dan kurang penulis tanpa pernah memaksa penulis

untuk menjadi seseorang yang kalian mau. Terimakasih sudah menyisihkan dan memberikan setengah kehidupan kalian untuk menghidupkan kehidupan penulis, terima kasih sudah berusaha untuk selalu membahagiakan diri penulis, terima kasih sudah mengenalkan penulis pada banyak bahasa cinta yang belum penulis tahu, terima kasih sudah membuktikan pada penulis bahwa hidup kedunia ini bukanlah keputusan yang keliru, penulis sadar bahwa penulis tidak sempurna, tapi izinkan penulis untuk mencintai dan berbakti dengan caranya sendiri, percayalah bahwa penulis selalu mengharap ridha dan restu dengan setulus-tulusnya hati.

3. Adik dan kakak penulis Akhmad Ma'ruf Akhyar dan Ahmad Miftah Husein yang selalu memberi semangat dan menjadi motivasi dalam melewati masa perjuangan pendidikan ini.
4. Bapak Johan Arifin, SE, M.Si, Ph.D, CFrA, CIPSAS Selaku Dekan Fakultas Bisnis dan Ekonomika Universitas Islam Indonesia.
5. Bapak Rifqi Muhammad, S.E., S.H., M.Sc., Ph.D., SAS, ASPM selaku Ketua Program Studi Akuntansi Fakultas Bisnis dan Ekonomika Universitas Islam Indonesia.

6. Bapak Yunan Najamuddin M.B.A, CMA, CAPF selaku dosen pembimbing skripsi. Penulis sangat berterima kasih atas segala bimbingan, masukan, nasihat, saran dan arahan, sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan lancar. Semoga segala ilmu yang diberikan menjadi ladang pahala bagi Bapak Yunan.
7. Seluruh dosen dan staf Program Studi Akuntansi, Fakultas Bisnis dan Ekonomika, Universitas Islam Indonesia, yang telah mengajarkan dan berbagi ilmu dan pengetahuan kepada penulis.
8. Terimakasih Olwyn Velonia, seorang perempuan yang tanpa lelah selalu memberikan waktu dan tenaganya untuk terus membersamai dan memberikan semangat serta motivasi kepada penulis sampai penulisan penelitian ini terselesaikan, dan hingga saat ini penulis tidak pernah menghitung dan mengira ternyata perjalanan kami sudah sejauh ini. Menghabiskan banyak waktu dengannya adalah salah satu cara untuk merayakan sebuah kehidupan. Bersamanya memang tidak pernah ada dalam rencana penulis, tetapi penulis selalu menikmati takdir untuk pernah bertemu pada manusia seanggun dan seindah dirinya.
9. Teman-teman SMA penulis, Ikhsan Adi Saputra, Zufar Purnama, Putranto Nur, Bhimas Herpi, dan Malik Dana yang selalu siap untuk menghibur dan menemani penulis dalam masa perkuliahan.
10. Teman-teman kost anugrah, Wildan Muhamad, Naufal Bintang Fajar Zain, Hatta Bina Aira, Allam Nafis Santosa, Hanif Fandi Aji, dan Muhamad Kevin yang selalu memberi support dan semangat dalam proses studi.

11. Pihak-pihak yang memberikan kontribusi dalam menyelesaikan skripsi ini, yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.
12. Seorang laki-laki yang pantang menyerah dan selalu berusaha sebaik mungkin dalam memenuhi cita-cita dan harapan dari orang tuanya, Muhamad Choirul Hanafi, terimakasih atas segala usaha dan doa yang terus engkau panjatkan kepada-Nya. Berbekal tekad dan semangat yang juga di iringi oleh restu kedua orang tua, engkau hadapi berbagai rintangan dan cobaan sampai saat ini dengan lapang dada.

Penulis menyadari bahwa karya ini jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu, kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan demi perbaikan di masa mendatang. Semoga skripsi ini dapat memberikan kontribusi positif bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan masyarakat umum. Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Yogyakarta, Mei 2025

Penulis

(Muhamad Choirul Hanafi)

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL i
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME ii
HALAMAN PENGESAHAN iii
BERITA ACARA UJIAN TUGAS AKHIR SKRIPSI iv
MOTTO v
KATA PENGANTAR vi
DAFTAR ISI x
DAFTAR TABEL xii
DAFTAR GAMBAR xiii
ABSTRAK xiv
BAB I 1
PENDAHULUAN 1
1.1 Latar Belakang Masalah 1
1.2 Rumusan Masalah 10
1.3 Tujuan Penelitian 11
1.4 Manfaat Penelitian 11
1.5 Sistematika Penulisan 12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA 14
2.1 Akuntansi 14
2.1.1 Akuntansi Manajemen 16
2.1.2 Akuntansi Biaya 17
2.2 Biaya 17
2.3 Activity Based Costing 20
2.3.1 Cost Driver, Cost Pool dan *Cost Object* 21
2.3.2 Tingkatan Biaya dalam Activity-Based Costing 22
2.4 *Multi Criteria Decesision Making* (MCDM) 23
2.5 Penelitian Terdahulu 28
BAB III 34
3.1 Jenis Penelitian 34
3.2 Lokasi dan Objek Penelitian 35
3.3 Teknik Pengumpulan Data 35

3.4 Metode Pengolahan Data 36
3.5 Alur Penelitian 38
3.5.1 Planning 39
3.5.2 Conducting 40
3.5.3 Reporting 43
3.6 Gambaran Umum Perusahaan 44
BAB IV 45
4.1 Hasil Analisis data pada Unit IGD RSUD X 45
4.1.1 Identifikasi Total Biaya Selama Satu Tahun 46
4.1.2 Pengalokasian Total Biaya ke Unit Layanan 46
4.1.3 Pengalokasian Tiap ADM ke Setiap Layanan 52
4.1.4 Menghitung Total *Cost Pool* Setelah Alokasi 54
4.1.5 Perhitungan *Unit Cost* Layanan pada RSUD X 55
4.2 Pembahasan 56
BAB V KESIMPULAN 59
5.1 Kesimpulan 59
5.2 Rekomendasi 60
5.3 Keterbatasan Penelitian 61
5.4 Saran Penelitian 61
LAMPIRAN 67

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Penelitian Terdahulu 28

Tabel 3. 1 Sumber dan Teknik Pengumpulan Data 36

Tabel 4. 1 Kelompok dan Sub Kelompok Departemen 47

Tabel 4. 2 Total Biaya Tiap Unit 48

Tabel 4. 3 Perhitungan Total Alokasi ADM 50

Tabel 4. 4 Perhitungan Alokasi ADM Masing-Masing Unit 53

Tabel 4. 5 Total Cost Pool 54

Tabel 4. 6 Perhitungan Unit Cost Layanan 55

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3. 1 Alur Penelitian 38

Gambar 4. 1 Tahapan Perhitungan ABC 45

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perhitungan *unit cost* layanan Instalasi Gawat Darurat di RSUD X dengan menggunakan metode *Activity-Based Costing* (ABC) melalui pendekatan *Multi-Criteria Decesion Making* (MCDM). Metode penelitian yang digunakan adalah pendekatan kualitatif deskriptif dengan studi kasus dan analisis data primer dan sekunder. Hasil penelitian menunjukkan bahwa metode ABC dengan pendekatan alokasi biaya dari tiga unit administratif terbukti lebih akurat dan transparan dalam penetapan tarif layanan yang lebih rasional, efisiensi anggaran, dan evaluasi performa rumah sakit.

Kata Kunci: *Activity-Based Costing* (ABC), Instalasi Gawat Darurat (IGD), *Unit Cost,* RSUD X, *Multi-Criteria Decesion Making* (MCDM)

ABSTRACT

This research aims to analyze the calculation of unit costs for Emergency Installation services at RSUD X using the Activity-Based Costing (ABC) method through the Multi-Criteria Decesion Making (MCDM) approach. The research method used is a descriptive qualitative approach with case studies and analysis of primary and secondary data. The research results show that the ABC method with a cost allocation approach from three administrative units is proven to be more accurate and transparent in determining more rational service rates, budget efficiency, and evaluating hospital performance.

***Keywords: Activity-Based Costing* (ABC), *Emergency Instalation Services, Unit Cost,* RSUD X, *Multi-Criteria Decesion Making (*MCD**

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Sebagai titik kontak awal bagi pasien yang membutuhkan pertolongan medis mendesak, Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan bagian penting dari struktur layanan kesehatan rumah sakit (Kumar Panigrahi, 2009). Selain memberikan layanan untuk situasi darurat, IGD juga membantu menangani berbagai kasus yang memerlukan perawatan segera, seperti serangan jantung dan kecelakaan yang tidak disengaja. Kebutuhan akan layanan IGD semakin meningkat seiring dengan meningkatnya kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan, sehingga membutuhkan perawatan yang cepat dan baik dari rumah sakit. Rumah sakit saat ini menghadapi peningkatan permintaan akan layanan kesehatan dan beragamnya jenis jasa yang ditawarkan. Masyarakat semakin menyadari pentingnya kesehatan, sehingga mereka mengharapkan layanan yang tidak hanya cepat tetapi juga berkualitas. Dalam rangka memenuhi permintaan ini, rumah sakit harus berupaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan. Dengan adanya keragaman jasa dan fasilitas yang sama untuk menghasilkan berbagai jenis layanan, alokasi biaya menjadi sangat penting untuk memastikan efisiensi operasional.

Oleh karena itu, untuk menjamin alokasi biaya di ruang gawat darurat dilakukan dengan benar dan efektif, rumah sakit harus menerapkan sistem akuntansi yang efisien, seperti Activity-Based Costing (ABC) (Kumar Panigrahi, 2009). UGD dapat memberikan kontribusi besar terhadap keberhasilan rumah sakit

secara keseluruhan dengan administrasi yang efektif, menjamin bahwa perawatan medis yang ditawarkan layak secara finansial dan memenuhi persyaratan kualitas. Alokasi biaya yang tepat akan membantu rumah sakit dalam mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan dan memastikan bahwa sumber daya digunakan secara optimal. Selain itu, pengelolaan biaya yang efektif memungkinkan rumah sakit untuk tetap beroperasi dalam batas anggaran yang telah ditetapkan, sambil tetap memberikan pelayanan yang memadai (Porter, 2007)

Kualitas layanan adalah faktor kunci yang memengaruhi kepuasan pasien. Oleh karena itu, rumah sakit harus berkomitmen untuk memenuhi standar pelayanan yang telah ditentukan, termasuk penerapan protokol keselamatan dan sistem manajemen mutu. Pedoman ini dapat dirujuk dalam (UU Nomor 44 Tahun 2009 , 2009) tentang Rumah Sakit, yang menekankan bahwa rumah sakit harus menyediakan layanan yang aman, efektif, dan efisien bagi pasien, serta meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan untuk masyarakat.

(PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 25 TAHUN 2014, t.t.) juga mengatur tentang Pedoman Penyelenggaraan Rumah Sakit dengan tujuan untuk meningkatkan mutu dan efektivitas pelayanan kesehatan. Dalam peraturan ini, diatur berbagai aspek penting terkait manajerial dan operasional rumah sakit, termasuk struktur organisasi, sistem manajemen mutu, serta standar pelayanan kesehatan. Selain itu, peraturan ini juga mencakup ketentuan mengenai fasilitas, sumber daya manusia, dan pengelolaan risiko, yang dimaksudkan untuk memastikan supaya rumah sakit baik umum/swasta dapat memberikan layanan yang nyaman, berkualitas, dan sesuai dengan kebutuhan

masyarakat. Dengan adanya pedoman ini, diharapkan rumah sakit dapat beroperasi dengan lebih efisien dan responsif terhadap perkembangan dan tuntutan pelayanan kesehatan di Indonesia.

Pasal 1 (UU Nomor 44 Tahun 2009, 2009) tentang Rumah Sakit memberikan definisi penting mengenai berbagai istilah yang terkait dengan rumah sakit. Misalnya, istilah "rumah sakit" dijelaskan sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan, termasuk rawat inap, rawat jalan, dan instalasi gawat darurat. Pasal ini juga mengatur pengertian mengenai "pelayanan kesehatan," "tenaga kesehatan," dan berbagai istilah lainnya yang relevan, untuk memberikan definisi yang jelas tentang konteks penyelenggaraan rumah sakit. Definisi ini menjadi dasar bagi penerapan undang-undang dan peraturan terkait, memastikan bahwa semua pihak memiliki pemahaman yang sama mengenai istilah yang digunakan dalam sektor kesehatan.

Rumah sakit saat ini, baik pemertintah maupun swasta, sedang menghadapi peningkatan permintaan akan layanan kesehatan dan beragamnya jenis jasa yang ditawarkan. Masyarakat semakin menyadari pentingnya kesehatan, sehingga mereka mengharapkan layanan yang tidak hanya cepat tetapi juga berkualitas. Dalam rangka memenuhi permintaan ini, rumah sakit harus berupaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan. Dengan adanya keragaman jasa dan fasilitas yang sama untuk menghasilkan berbagai jenis layanan, alokasi biaya menjadi sangat penting untuk memastikan efisiensi operasional. Alokasi biaya yang tepat akan membantu rumah sakit dalam mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan dan memastikan bahwa sumber daya digunakan secara optimal. Selain

itu, pengelolaan biaya yang efektif memungkinkan rumah sakit untuk tetap beroperasi dalam batas anggaran yang telah ditetapkan, sambil tetap memberikan pelayanan yang memadai (Teisberg, Wallace, and O'Hara 2020)

Rumah sakit memiliki beragam peran yang sangat penting dalam sistem kesehatan masyarakat. Fungsi utama rumah sakit mencakup penyediaan berbagai layanan kesehatan, termasuk rawat inap, rawat jalan, dan instalasi gawat darurat. Selain itu, rumah sakit juga berkontribusi dalam pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, melakukan penelitian, serta memberikan penyuluhan kepada masyarakat tentang pentingnya menjaga kesehatan. Berdasarkan (PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 25 TAHUN 2014, t.t.), rumah sakit diharapkan meningkatkan kualitas layanan melalui penerapan manajemen yang efektif dan berkomitmen untuk mendapatkan akreditasi guna memenuhi standar pelayanan yang ditetapkan.

Rumah sakit juga berfungsi sebagai pusat rujukan bagi fasilitas kesehatan lainnya, sehingga pasien dapat menerima perawatan yang sesuai dengan tingkat kompleksitas kondisi mereka. Di samping itu, rumah sakit berperan dalam upaya kesehatan masyarakat, termasuk pengendalian penyakit dan penanggulangan bencana. Dengan berbagai fungsi ini, rumah sakit menjadi elemen kunci dalam mencapai kesehatan yang optimal bagi masyarakat, sesuai dengan ketentuan yang diatur dalam (UU Nomor 44 Tahun 2009 (1), 2009)

(UU Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, t.t.) merupakan dasar hukum bagi pengelolaan sistem kesehatan di Indonesia. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kesehatan masyarakat dengan cara memberikan akses yang lebih

baik terhadap layanan kesehatan yang berkualitas. Dalam undang-undang ini, ditegaskan bahwa setiap individu memiliki hak untuk menerima pelayanan kesehatan yang baik. Ini menunjukkan bahwa pemerintah bertanggung jawab untuk menjamin layanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas bagi seluruh rakyatnya.

Namun, meskipun pentingnya akurasi dalam penghitungan biaya, banyak perusahaan, terutama di sektor jasa, yang masih bergantung pada akuntansi biaya tradisional dalam proses produksi mereka. Dalam sistem akuntansi biaya tradisional, biaya overhead sering kali dialokasikan berdasarkan kuantitas produk yang dihasilkan, tanpa mempertimbangkan aktivitas yang sebenarnya mengkonsumsi sumber daya. Kelemahan mendasar dari pendekatan ini adalah kurangnya akurasi dalam pembebanan biaya, yang dapat menyebabkan distorsi informasi. Distorsi ini berpotensi mengakibatkan keputusan yang salah, perencanaan yang tidak efektif, dan pengendalian yang lemah. Hal ini pada gilirannya dapat menyebabkan *undercost* atau *overcost* terhadap produk, sebagaimana dijelaskan oleh (Hansen and Mowen 2009). Keterbatasan ini menunjukkan bahwa akuntansi biaya tradisional tidak lagi memadai untuk memenuhi kebutuhan bisnis yang kompleks saat ini. Dalam dunia yang berubah cepat, pendekatan yang kaku seperti ini berisiko membuat perusahaan kehilangan keunggulan kompetitif dan menghadapi kerugian yang signifikan.

Dalam upaya untuk mengatasi kelemahan tersebut, penggunaan metode *Activity-Based Costing* (ABC) muncul sebagai solusi yang lebih efektif dan tepat. Menurut (Mulyadi, 2003), sistem ABC dirancang untuk memotivasi pengurangan

biaya dalam jangka panjang melalui pengelolaan aktivitas yang lebih efisien. Metode ini lebih menekankan pada identifikasi biaya yang melekat pada produk berdasarkan aktivitas yang dilakukan untuk memproduksi, menjalankan, dan mendistribusikan produk tersebut. Dengan pendekatan ini, perusahaan dapat lebih tepat dalam mengalokasikan biaya dan memahami faktor-faktor yang menyebabkan biaya tinggi. Pendekatan ini juga memungkinkan perusahaan untuk menganalisis dan meningkatkan efisiensi proses, yang penting untuk keberlangsungan usaha di tengah persaingan yang ketat. Dengan informasi yang lebih akurat dan relevan, perusahaan dapat melakukan perencanaan yang lebih baik dan mengambil keputusan yang lebih strategis, sehingga mampu meningkatkan posisi mereka di pasar (Kaplan S. and Norton P. 2001)

Perbedaan utama antara akuntansi biaya tradisional dan sistem *Activity-Based Costing* terletak pada jumlah *cost driver* yang digunakan. Dalam sistem ABC, lebih banyak *cost driver* diterapkan untuk mencerminkan kompleksitas proses produksi yang sebenarnya, sedangkan metode tradisional cenderung menggunakan sedikit *cost driver* berdasarkan unit. Penggunaan banyak *cost driver* dalam ABC memungkinkan perusahaan untuk mendapatkan informasi biaya yang lebih akurat dan relevan, yang sangat penting dalam lingkungan bisnis yang dinamis. Menurut penelitian (Dewi Cindrawati Dzulkirom Zahroh Za, 2014), terdapat perbedaan antara metode *Activity Based Costing* dengan sistem akuntansi biaya tradisional dalam hal penghitungan biaya. Awalnya, item harga kamar yang menggunakan perhitungan akuntansi standar dianggap memiliki keuntungan terendah, tetapi ketika pendekatan *Activity Based Costing* digunakan untuk menghitung keuntungan,

ternyata memiliki keuntungan tertinggi jika dibandingkan dengan produk lainnya. Sebagai contoh, dalam sektor manufaktur, *cost driver* bisa berupa jumlah jam mesin yang digunakan, jumlah pemrosesan, atau jumlah pengiriman yang dilakukan. Dengan memahami hubungan antara aktivitas dan biaya, perusahaan dapat lebih efektif dalam merencanakan anggaran dan mengelola sumber daya. Hal ini juga memungkinkan perusahaan untuk mengidentifikasi aktivitas yang tidak memberikan nilai tambah dan, mengurangi pemborosan yang pada akhirnya akan meningkatkan efisiensi dan profitabilitas (Damayanti, Chandrarin, and Subiyantoro 2023).

Berdasarkan (Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 340/Menkes/PER/III?/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit, t.t.), rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi empat kelas (A, B, C, dan D) berdasarkan kemampuan pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, sarana, prasarana, dan manajemen administrasi. Klasifikasi ini menunjukkan pentingnya standar dan kualitas dalam pengelolaan layanan kesehatan. Setiap kelas rumah sakit memiliki karakteristik dan tantangan yang berbeda, sehingga penerapan sistem akuntansi biaya harus disesuaikan dengan konteks masing-masing rumah sakit. Misalnya, rumah sakit kelas A yang memiliki lebih banyak fasilitas dan sumber daya cenderung membutuhkan sistem yang lebih kompleks dalam pengelolaan biaya, dibandingkan dengan rumah sakit kelas D yang mungkin lebih sederhana. Dengan pendekatan yang sesuai, rumah sakit dapat mengoptimalkan alokasi sumber daya dan memberikan pelayanan terbaik kepada pasien.

Produk yang ditawarkan oleh rumah sakit terdiri dari berbagai layanan kesehatan yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan pasien dan masyarakat luas. Layanan ini meliputi tindakan medis, seperti pemeriksaan kesehatan, diagnosis, terapi, dan instalasi gawat darurat, serta layanan penunjang seperti laboratorium, radiologi, dan rehabilitasi. Selain itu, rumah sakit juga menyediakan layanan kesehatan masyarakat, termasuk vaksinasi dan program penyuluhan mengenai kesehatan. Sesuai dengan (Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 19 Tahun 2024 Tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat, 2024; Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 340/Menkes/PER/III?/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit, t.t.) rumah sakit diwajibkan untuk menawarkan layanan yang berkualitas dan terintegrasi, dengan mempertimbangkan kebutuhan unik setiap pasien.

Dan di masa kini perkembangan ilmu dan teknologi yang kini semakin modern yang menyebabkan persaingan global dalam berbagai sektor bisnis, termasuk jasa, perdagangan, dan industri, dan kesehatan menjadi semakin intens. Lingkungan bisnis yang dinamis ini memunculkan berbagai tantangan yang harus dihadapi oleh perusahaan-perusahaan yang ingin tetap relevan dan kompetitif. Daur hidup produk yang semakin pendek, meningkatnya kerumitan proses produksi, serta tingginya standar kualitas yang diharapkan oleh konsumen menuntut perusahaan untuk beradaptasi dan mengubah strategi mereka secara cepat dan efektif.

Konsumen saat ini lebih cerdas dan memiliki akses informasi yang lebih luas, sehingga mereka mengharapkan tidak hanya produk yang berkualitas tinggi, tetapi juga harga yang bersaing dan layanan yang responsif. (Bestari, 2003) mengatakan bahwa, strategi terbaik untuk mempertahankan posisi di pasar adalah dengan menerapkan inovasi berkelanjutan. Perusahaan harus terus berupaya memperkuat daya saing dan meningkatkan nilai yang dirasakan konsumen terhadap perusahaan.

Oleh karena itu, penting untuk mengintegrasikan pedoman penyelenggaraan, klasifikasi sakit rumah, dan biaya kelolaan yang efisien untuk menciptakan sistem kesehatan yang efektif, efisien, dan berfokus pada peningkatan standar perawatan bagi masyarakat umum (Teisberg dkk., 2020). Secara umum, metode yang tepat untuk menilai biaya, seperti menggunakan Activity-Based Costing (ABC), memungkinkan rumah tangga menghadapi tantangan yang semakin berat di sektor kesehatan (Mulyadi, 2003). Rumah sakit tidak hanya dapat memenuhi kebutuhan masyarakat umum tetapi juga bersaing secara efektif di pasar dengan meningkatkan efisiensi(Kaplan S. & Norton P., 2001). Ini akan berkontribusi pada peningkatan perawatan pasien dan kesehatan masyarakat secara komprehensif, yang merupakan tujuan utama dukungan perawatan kesehatan (Bestari, 2003). Rumah sakit dapat memastikan bahwa mereka tidak hanya merasa nyaman dalam situasi ekonomi yang buruk tetapi juga mampu meningkatkan dan memenuhi kebutuhan pelanggan mereka dengan lebih baik. Hal ini dapat dicapai melalui analisis berbasis data dan analisis cermat (Dewi Cindrawati Dzulkirom Zahroh Za, 2014).

Berbagai penelitian sebelumnya telah membuktikan efektivitas metode Activity-Based Costing (ABC) dalam menghitung biaya layanan rumah sakit, terutama pada unit rawat inap, operasi, dan layanan penunjang lainnya. Namun, sangat terbatas kajian yang secara spesifik menyoroti penerapan ABC pada Instalasi Gawat Darurat (IGD), yang memiliki karakteristik layanan cepat dan kompleks. Selain itu, pendekatan integratif antara ABC dan metode Multi-Criteria Decision Making (MCDM) masih jarang digunakan untuk menganalisis bobot cost driver atau mendukung proses pengambilan keputusan manajerial dalam konteks layanan gawat darurat. Penelitian ini mencoba mengisi kekosongan tersebut dengan menggabungkan metode ABC dan MCDM untuk menghitung unit cost IGD secara lebih akurat dan mengidentifikasi tantangan implementasinya, khususnya terkait keterbatasan data aktivitas dan kemampuan teknis SDM rumah sakit. Ini merupakan langkah penting dalam mengembangkan sistem perawatan kesehatan yang lebih tangguh dan responsif di masa mendatang. Berdasarkan uraian latar belakang yang telah diuraikan, maka peneliti akan melakukan penelitian dengan judul **" ANALISIS PENERAPAN METODE ACTIVITY BASED COSTING DALAM PERHITUNGAN *UNIT COST* INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) PADA RSUD X"**

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah dijabarkan, rumusan masalah dari penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Apa saja tahapan *Activity-Based Costing* (ABC) dalam perhitungan biaya tidak tetap layanan instalasi gawat darurat (IGD)?

2. Apa saja kendala rumah sakit dalam menerapkan model ABC?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Untuk mengetahui apa saja tahapan *Activity-Based Costing* (ABC) dalam perhitungan biaya tidak tetap pada unit instalasi gawat darurat RSUD X
2. Untuk mengetahui dan mengidentifikasi hambatan apa saja yang bisa terjadi saat dalam melakukan perhitungan biaya tidak tetap

1.4 Manfaat Penelitian

- Bagi RSUD X

  Penelitian ini diharapkan memberikan informasi yang dapat digunakan sebagai dasar dalam menyusun kebijakan untuk meningkatkan efektivitas penyelenggaraan layanan kesehatan di RSUD X.

- 2. Bagi Pemerintah Daerah dan Masyarakat

  Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi berharga yang dapat digunakan untuk merumuskan kebijakan guna meningkatkan efektivitas layanan kesehatan di RSUD X, sekaligus meningkatkan transparansi dan akuntabilitas dalam penentuan tarif layanan. Dengan demikian, masyarakat dapat memahami dengan lebih baik dan mengakses layanan kesehatan yang tersedia.

- Bagi Institusi

  Penelitian ini diharapkan dapat menambah literatur dan pemahaman mengenai faktor-faktor yang menghambat penentuan biaya per unit melalui

metode Activity-Based Costing, yang dapat menjadi acuan dalam menetapkan tarif di lembaga pelayanan kesehatan.

1.5 Sistematika Penulisan

Agar isi dan alur pembahasan dalam proposal penelitian dapat dipahami secara sistematis, maka struktur dan standar penulisan proposal penelitian perlu dijelaskan di awal. Penulisan proposal penelitian ini mengikuti ketentuan format yang berlaku di Program Studi Akuntansi, Fakultas Bisnis dan Ekonomika, Universitas Islam Indonesia jenjang Sarjana. Adapun sistematika penulisannya adalah sebagai berikut:

- Bab I – Pendahuluan

Bab ini menguraikan berbagai aspek awal dalam proses penelitian, seperti latar belakang masalah, perumusan konsep, tujuan penelitian, kontribusi penelitian, serta metode penulisan yang digunakan.

- Bab II – Tinjauan Pustaka

Bab ini memuat ulasan teoritis serta temuan-temuan sebelumnya yang relevan, penyusunan kerangka berpikir, dan formulasi hipotesis (jika diperlukan).

- Bab III – Metodologi Penelitian

Bagian ini menjelaskan rancangan penelitian yang digunakan, karakteristik subjek atau lokasi penelitian, serta teknik dan prosedur pengumpulan data yang diterapkan.

- BAB IV – Analisis Data dan Pembahasan

Bab ini menjelaskan hasil pengumpulan data, deskripsi data, analisis data, dan pembahasannya.

- BAB V – Kesimpulan dan Saran

Bab ini menyajikan kesimpulan dari hasil analisis pada bab sebelumnya, menguraikan kelemahan penelitian, serta memberikan saran untuk penelitian di masa depan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Akuntansi

Akuntansi adalah sistem informasi yang mengukur aktivitas perusahaan, mengubah data menjadi laporan, dan menyajikan temuan kepada para pengambil keputusan, jelas (Horngren et al. 2012). Dengan demikian, akuntansi adalah sistem informasi yang melacak operasi perusahaan, menyusun data menjadi laporan, dan menyajikan temuan kepada para pengambil keputusan. Hal ini juga dijelaskan oleh *AICPA* dimana akuntansi adalah seni mencatat, menggolongkan, dan meringkas transaksi serta kejadian yang bersifat keuangan dengan cara yang berarti dan dalam satuan uang, serta menafsirkan hasilnya.

Akuntansi merupakan komponen penting dari proses pengambilan keputusan strategis suatu organisasi selain menjadi alat untuk mendokumentasikan dan melaporkan data keuangan. (Weygandt Jerry J. dkk., 2016) menegaskan bahwa akuntansi manajerial menawarkan data yang diperlukan untuk meningkatkan pengendalian, perencanaan, dan pengambilan keputusan. Data ini, yang membantu manajer dalam membuat rencana bisnis yang sukses, mencakup prakiraan pendapatan, analisis biaya, dan tinjauan kinerja. Lebih jauh lagi, akuntansi mendukung akuntabilitas dan transparansi perusahaan, yang keduanya penting untuk menumbuhkan kepercayaan di antara para pemangku kepentingan, seperti kreditor, investor, dan regulator (Schroeder dkk., t.t.). Oleh karena itu, akuntansi menyediakan dasar yang kuat untuk mengelola sumber daya dan mencapai tujuan perusahaan.

Contoh nyata dari proses akuntasi sebagaimana diatas juga dijelaskan oleh (Weygandt Jerry J., Kimmel Paul D., and Kieso Donald E. 2016) bahwa tiga langkah utama dari proses akuntansi adalah komunikasi, pencatatan, dan identifikasi. Bisnis harus terlebih dahulu menentukan peristiwa ekonomi mana yang relevan, seperti PepsiCo menjual produk, AT&T menawarkan layanan, atau Facebook membayar gaji. Setelah mengidentifikasi kejadian-kejadian ini, pencatatan dilakukan berikutnya. Untuk mempermudah proses pelaporan, transaksi dikategorikan dan diringkas setelah didokumentasikan secara sistematis dan kronologis dalam istilah moneter. Komunikasi adalah langkah terakhir, di mana data yang tercatat ditampilkan sebagai laporan keuangan, termasuk arus kas, pendapatan, dan neraca. Agar lebih mudah dipahami dan lebih ringkas, data biasanya diberikan dalam bentuk agregat. Untuk memberikan pemahaman yang lebih mendalam kepada pengguna laporan, akuntan juga memainkan peran penting dalam analisis dan interpretasi data keuangan menggunakan rasio, grafik, dan indikator lainnya. Oleh karena itu, akuntansi berfungsi sebagai alat untuk mencatat informasi serta instrumen penting untuk menguraikan data perusahaan yang kompleks sehingga dapat digunakan untuk pengambilan keputusan.

Jadi dapat disumpulkan bahwa Akuntansi secara umum ialah identifikasi, pengumpulan, pencatatan, penyimpanan, dan penyebaran informasi kepada pengguna yang berkepentingan mengenai kegiatan ekonomi dan keadaan bisnis suatu organisasi.

2.1.1 Akuntansi Manajemen

Akuntansi manajemen diartikan oleh (Halim et al. 2013) sebagai suatu proses yang bertujuan untuk menghasilkan informasi keuangan yang esensial bagi manajemen dalam mengambil keputusan ekonomi, yang mendukung pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen. Proses ini meliputi serangkaian langkah yang saling berhubungan, mulai dari pengumpulan data awal hingga penyajian informasi yang relevan dan mudah dipahami. Dalam hal ini, akuntansi manajemen tidak hanya berfokus pada angka, tetapi juga melakukan analisis mendalam terkait dengan kondisi finansial dan operasional organisasi.

Sejalan dengan pandangan ini, (Hansen and Mowen 2009) menekankan bahwa akuntansi manajemen mencakup aktivitas seperti identifikasi, pengumpulan, pengukuran, klasifikasi, dan pelaporan informasi yang sangat berguna bagi pengguna internal, seperti manajer dan eksekutif. Informasi yang dihasilkan menjadi kunci dalam perencanaan, pengendalian, dan pengambilan keputusan, sehingga membantu meningkatkan efektivitas manajemen dalam mencapai tujuan organisasi. Dengan kata lain, akuntansi manajemen berfungsi sebagai alat strategis yang memberi manajemen pemahaman yang lebih mendalam tentang keadaan keuangan dan operasional, sehingga mereka dapat membuat keputusan yang lebih baik dan responsif terhadap dinamika lingkungan bisnis yang terus berubah. Selain itu, akuntansi manajemen juga memungkinkan organisasi untuk mengevaluasi kinerja mereka secara berkala, sehingga dapat melakukan perbaikan yang diperlukan dan memanfaatkan peluang yang ada.

2.1.2 Akuntansi Biaya

Akuntansi biaya adalah bidang ilmu akuntansi yang berfokus pada manajemen biaya dan menyediakan data biaya bagi bisnis atau organisasi disebut akuntansi biaya. Berdasarkan level aktivitasnya, akuntansi biaya didefinisikan sebagai proses mendokumentasikan, mengkategorikan, meringkas, dan menampilkan biaya dalam produksi dan penjualan barang jadi (produk) atau layanan dalam keadaan tertentu, serta kemampuan untuk menganalisis hasilnya. Menurut (Lei, Victorino, and Ramesh 2022) akuntansi biaya menghitung biaya produksi suatu produk, dan informasi yang dihasilkannya digunakan untuk membantu inisiatif perencanaan dan pengendalian serta menilai nilai inventaris dan kinerja bisnis.

2.2 Biaya

Biaya secata definisi ialah sebuah pengorbanan aset/sumber ekonomi demi memperoleh manfaat di masa yang mendatang atau bisa juga di definisikan sebagai "Biaya atau jasa yang telah memberikan manfaat yang digunakan untuk meperoleh pendapatan" menurut (Baldric Siregar et al. 2016). Bisa diartikan secara umum bahwasanya biaya ini digunakan/dikorbankan demi mempertahakan manfaat tertentu. Biaya yang langsung bersinggungan dengan produksi pendapatan sering diesbut sebagai beban, sementara biaya yang belum digunakan umumnya diklasifikasikan sebagai aset menurut (Sumardi and Sukma 2022). Sebagaimana dijelaskan diatas, biaya menjadi salah satu faktor penting dari informasi yang dibutuhkan oleh sebuah badan atau pelaku ekonomi sebagai bahan pertimbangan dalam memproduksi output maupun mempertahankan kefektivitasan penggunaan input.

Dalam biaya, dikenalkan juga mengenai objek biaya, yaitu setiap jenis atau aktivitas di mana biaya diakumulasikan dan dapat diukur. Beberapa aktivitas tersebut mencakup produk, proyek, pelanggan, dan lain sebagainya. Menurut (Horngren, 2014) objek biaya memainkan peran penting dalam akuntansi manajerial karena membantu dalam pengambilan keputusan yang lebih tepat. Sedangkan dalam ruang lingkupnya, biaya diklasifikasikan kembali menjadi beberapa bagian tergantung pada kebutuhan informasi yang diinginkan oleh penggunanya dan nantinya akan disesuaikan lagi dengan kecocokan mengenai keputusan-keputusan yang akan diambil.

Biaya menurut (Harahap Baru, 2020) diklasifikasikan juga berdasarkan volume kegiatan atau tingkah laku yang dilakukan oleh sebuah entitas ekonomi. Hal tersebut terbagi menjadi biaya tetap (*Fixed Cost*) dan juga biaya variabel (*Variabel Cost*) berikut penjelasan mengenai biaya tetap dengan biaya variabel :

1. Biaya Tetap (*Fixed Cost*)

   Biaya tetap mengacu pada biaya yang secara keseluruhan tetap sama, meskipun ada variasi dalam tingkat aktivitas dalam rentang tertentu. Biaya tetap akan berubah secara terbalik dengan tingkat aktivitas jika disajikan sebagai biaya per unit. Kemudian, biaya tetap dapat dibagi menjadi dua kategori: biaya tetap diskresioner dan biaya tetap yang dikomitmenkan.

- Biaya tetap yang dikomitmenkan adalah biaya tetap yang terkait dengan pengeluaran untuk peralatan, bangunan, dan struktur organisasi fundamental perusahaan. Mungkin sulit untuk melacak biaya ini sehubungan dengan unit produksi atau volume output lainnya.
- Biaya tetap diskresioner, yang sering disebut sebagai biaya tetap terkelola, adalah pengeluaran yang dihasilkan dari pilihan manajemen tahunan mengenai pengalokasian dana untuk kategori biaya tetap tertentu, seperti iklan dan penelitian

2. Biaya Variabel (*Variabel Cost*)

   Biaya Variabel adalah biaya yang bervariasi secara total ketika tingkat aktivitas berbeda. biaya variabel per unit yang tetap konstan. Setelah itu, biaya variabel dapat diklasifikasikan menjadi dua kelompok berbeda: biaya variabel diskresioner dan biaya variabel rekayasa.

   - Biaya variabel sebenarnya, yang juga disebut biaya variabel rekayasa, adalah biaya yang memiliki hubungan nyata yang jelas dengan kinerja suatu tugas. Biaya ini muncul dalam kegiatan rutin bisnis.
   - Tidak seperti bahan baku langsung atau tenaga kerja langsung, biaya variabel bertahap, yang disebut biaya variabel diskresioner, adalah jenis biaya diskresioner yang menyajikan pola variabilitas yang tergambar. Mungkin saja penyertaan pertama biaya ini lebih berkaitan dengan kekuatan manajemen untuk membelanjakan.

2.3 Activity Based Costing

Salah satu metode modern dalam sistem perhitungan biaya, yaitu teknik Activity Based Costing (ABC) diciptakan untuk mengatasi kekurangan sistem biaya konvensional yang dianggap kurang akurat dalam membebankan biaya overhead. Cooper dan Kaplan mengembangkan ABC pada pertengahan tahun 1980-an sebagai pengganti pendekatan biaya konvensional yang sering kali mendasarkan alokasi biaya hanya pada volume produksi (Cooper and Kaplan dalam Astuti and Animah 2020).

Sistem ABC sangat penting dalam lingkungan bisnis yang dinamis dan kompetitif saat ini karena dapat memberikan gambaran menyeluruh tentang semua operasi perusahaan selain meningkatkan keakuratan informasi biaya. Sistem ABC, menurut (Mulyadi, 2003), merupakan sistem informasi biaya yang dirancang untuk mendukung para pelaku bisnis dalam mengelola aktivitasnya dengan menyediakan informasi aktivitas yang komprehensif.

ABC digunakan untuk mengurangi tugas-tugas yang tidak bernilai tambah, meningkatkan kualitas dan output, serta meningkatkan efisiensi biaya (Miranti et al., n.d.). Dengan penggunaan data biaya yang lebih relevan, metode ini memungkinkan manajemen untuk mengawasi dan mengelola operasi dengan lebih baik.

Menurut (Mulyanti et al., n.d.) Penerapan metode ABC didasarkan pada sejumlah asumsi utama:

1. Aktivitas-aktivitas yang mendorong biaya, biaya merupakan hasil dari tindakan yang dilakukan. Dalam hal ini, sumber daya tidak langsung atau pendukung ditawarkan tidak hanya sebagai komponen pembentuk biaya tetapi juga untuk memfasilitasi pelaksanaan operasi. Akibatnya, biaya pertama-tama dikaitkan dengan aktivitas dan kemudian dengan barang atau jasa.
2. Pelanggan atau produk membuat operasi menjadi penting. Sumber daya tidak langsung digunakan oleh barang atau jasa; sebaliknya, sumber daya menciptakan permintaan untuk aktivitas produksi atau penyediaan tertentu. Sumber daya akan digunakan sesuai kebutuhan untuk setiap aktivitas ini. Oleh karena itu, daripada langsung berasal dari sumber daya, permintaan untuk aktivitas berasal dari ketersediaan barang atau klien.

2.3.1 Cost Driver, Cost Pool dan *Cost Object*

(Ahmad, 2015) menegaskan bahwa biaya terjadi ketika sumber daya digunakan untuk tujuan tertentu. Kenyataannya, biaya sering dikategorikan ke dalam *cost pool*. Pengelompokan ini dapat didasarkan pada jenis biaya, seperti biaya tenaga kerja langsung atau biaya material langsung; dapat juga didasarkan pada departemen tempat biaya tersebut berasal; atau bahkan dapat didasarkan pada tanggung jawab administratif, seperti manajer yang mengawasi wilayah tersebut. Sementara itu, apa pun yang menjadi dasar alokasi biaya dalam pengambilan keputusan manajerial disebut sebagai *cost object* atau objek biaya. Selain barang,

jasa, dan unit organisasi, objek biaya ini juga dapat mencakup pengelompokan produk, klien, pemasok, dan penyedia layanan seperti perusahaan telekomunikasi.

*Cost drive*r merupakan elemen yang menyebabkan biaya aktivitas dalam metodologi *Activity Based Costing* (ABC). Berdasarkan tingkat konsumsi aktivitas tersebut, cost driver digunakan untuk mengalihkan biaya dari aktivitas ke barang atau jasa secara lebih akurat.

Cost driver merupakan faktor yang menyebabkan atau terkait langsung dengan perubahan biaya aktivitas, menurut (Hansen and Mowen 2009). *Cost driver* merupakan elemen yang dapat diukur yang digunakan untuk melacak biaya dari sumber daya ke aktivitas dan dari aktivitas ke objek biaya, menurut (Rudianto, 2006).

Menurut (Carter, 2009), terdapat dua kategori pemicu biaya:

1. Penggerak sumber daya adalah mekanisme yang digunakan untuk mengalokasikan biaya dari sumber daya ke aktivitas yang memanfaatkannya, seperti listrik atau jam kerja.
2. Pengukuran frekuensi atau intensitas aktivitas yang terkait dengan barang atau jasa disebut penggerak aktivitas (misalnya, jumlah hari instalasi gawat darurat , jumlah unit yang ditangani).

2.3.2 Tingkatan Biaya dalam Activity-Based Costing

Berdasarkan hubungan antara biaya dan aktivitas produksi, (Carter, 2009) mengklaim bahwa pendekatan Activity-Based Costing memisahkan biaya menjadi empat tingkatan, yaitu sebagai berikut:

1. Biaya di tingkat unit adalah biaya yang bervariasi sesuai dengan jumlah unit produksi. Biaya variabel ini sering kali meAntncakup biaya langsung penggunaan air, listrik, dan pemeliharaan setiap unit.
2. Biaya di tingkat batch adalah biaya yang dikeluarkan selama pemrosesan batch produk, terlepas dari jumlah unit dalam batch tersebut. Biaya bahan habis pakai, administrasi, dan pemasangan adalah beberapa contohnya.
3. Biaya di tingkat produk adalah biaya untuk desain, penelitian, dan pengembangan produk yang digunakan untuk membuat atau memelihara jenis produk tertentu. Jumlah unit atau batch tidak memengaruhi biaya ini.
4. Biaya di Tingkat Pabrik adalah biaya yang tidak terkait langsung dengan produk tertentu tetapi diperlukan untuk mengoperasikan seluruh fasilitas produksi. Biaya perawatan gedung, utilitas, dan binatu adalah beberapa contohnya.

2.4 *Multi Criteria Decesision Making* (MCDM)

Dalam dunia pengambilan keputusan, seringkali seorang pengambil keputusan dihadapkan pada situasi di mana terdapat banyak alternatif pilihan yang perlu dipertimbangkan berdasarkan sejumlah kriteria yang berbeda-beda. Untuk membantu menyelesaikan permasalahan seperti ini, muncullah metode Multi-Criteria Decision Making (MCDM).

(Taherdoost & Madanchian, 2023) menjelaskan MCDM (Multiple Criteria Decision Making) sebagai kumpulan metode atau strategi yang berupaya memilih

opsi terbaik di antara sejumlah opsi dengan mengevaluasi kinerja masing-masing opsi terkait sejumlah kriteria atau karakteristik yang telah ditetapkan sebelumnya. Karena penilaian jarang dipengaruhi oleh satu aspek di dunia nyata, teknik ini sangat membantu. (Liou & Tzeng, 2012) juga menekankan nilai pendekatan MCDM dalam lingkungan ekonomi, di mana membuat pilihan terbaik sering kali memerlukan pertimbangan beberapa faktor sekaligus.

Salah satu keunggulan utama dari metode MCDM adalah kemampuannya dalam mengintegrasikan berbagai perspektif dan prioritas dari pemangku kepentingan yang terlibat dalam proses pengambilan keputusan. Situasi ini sangat umum terjadi, terutama dalam organisasi besar seperti rumah sakit, di mana dokter, manajer keuangan, pasien, dan pemerintah daerah bisa saja memiliki prioritas yang berbeda-beda. Dengan MCDM, berbagai pandangan tersebut bisa dipetakan, dikalkulasikan bobotnya, dan dikombinasikan untuk menghasilkan keputusan yang lebih adil, rasional, serta dapat dipertanggungjawabkan (Tamošaitienė dkk., 2013). Menurut (Sahoo & Goswami, 2023), pendekatan MCDM memungkinkan pengambilan keputusan yang lebih transparan dan partisipatif, yang sangat penting dalam konteks layanan kesehatan di mana banyak pihak memiliki kepentingan yang berbeda..

Dalam beberapa dekade terakhir, MCDM menjadi semakin populer berkat kompleksitas masalah yang terus meningkat, baik di sektor publik maupun privat. Berbagai metode di dalam MCDM dikembangkan untuk menangani situasi yang berbeda, antara lain:

- Analytic Hierarchy Process (AHP)

Salah satu teknik yang paling populer untuk pengambilan keputusan multikriteria adalah AHP (Kardila & Ranggadara, 2020). Dengan menggunakan pendekatan ini, para pengambil keputusan harus menyusun isu-isu secara hierarkis, dengan tujuan utama di bagian atas, kriteria dan subkriteria di bagian tengah, dan opsi di bagian bawah. Perbandingan berpasangan antara kriteria adalah metode utama yang digunakan dalam AHP untuk memastikan bobot kepentingannya. Tujuan dari tahap normalisasi adalah untuk mengubah nilai-nilai perbandingan menjadi unit-unit yang konsisten untuk perbandingan. Menurut (Saaty & Vargas, 2012), proses normalisasi berupaya membuat semua faktor memiliki bobot yang sama untuk memungkinkan pengambilan keputusan yang lebih objektif.

- Elimination and Choice Expressing Reality (ELECTRE)

ELECTRE adalah metode MCDM yang dikembangkan oleh Bernard Roy pada tahun 1960-an. Berbeda dari AHP, ELECTRE fokus pada menyingkirkan alternatif yang tidak memenuhi kriteria minimal. Dengan prinsip outranking, alternatif dibandingkan berdasarkan dominasi relatif satu sama lain. Menurut (Taherdoost & Madanchian, 2023), ELECTRE cocok digunakan saat pengambil keputusan harus mengelola sejumlah besar alternatif dan kriteria dengan kompleksitas tinggi.

- Technique for Order Preference by Similarity to Ideal Solution (TOPSIS)

TOPSIS adalah teknik yang menentukan alternatif terbaik berdasarkan kedekatan dengan solusi ideal dan jauh dari solusi negatif. Menurut (Pramita & Darwis, 2024) pendekatan ini mengukur jarak Euclidean antara setiap alternatif

dengan titik ideal positif (terbaik) dan titik ideal negatif (terburuk), kemudian memilih alternatif dengan rasio kedekatan tertinggi terhadap solusi ideal. Metode ini banyak digunakan dalam praktik karena sederhana, intuitif, dan mampu menangani banyak kriteria dengan mudah.

- Multi-Attribute Utility Theory (MAUT)

MAUT merupakan metode yang digunakan untuk mengevaluasi berbagai alternatif dengan mengukur nilai utilitas dari setiap atribut secara terpisah. Menurut (Hanafi Rangkuti dkk., 2024) keunggulan utama MAUT terletak pada kemampuannya mengolah atribut dengan skala berbeda tanpa perlu normalisasi awal. MAUT sangat cocok digunakan dalam keputusan yang mengutamakan kepuasan berdasarkan berbagai jenis atribut baik yang bersifat biaya maupun manfaat.

- Simple Additive Weighting (SAW)

SAW adalah metode yang paling sederhana dalam MCDM. Setiap alternatif dinilai dengan cara menjumlahkan semua skor yang telah dikalikan dengan bobot masing-masing kriteria. (Witasari & Jumaryadi, t.t.) menjelaskan bahwa meskipun SAW sangat mudah diterapkan, metode ini memiliki kelemahan karena mengabaikan interaksi antar kriteria dan sensitif terhadap perubahan kecil dalam bobot kriteria. Meski demikian, untuk kasus-kasus cepat yang membutuhkan evaluasi sederhana, SAW masih sangat efektif.

Secara keseluruhan, MCDM merupakan alat yang sangat berguna dalam membantu pengambil keputusan mengelola kompleksitas berbagai kriteria dalam sebuah keputusan. Pemilihan teknik MCDM yang tepat sangat bergantung pada

karakteristik masalah, banyaknya kriteria dan alternatif yang dinilai, serta kebutuhan akan tingkat akurasi dan kompleksitas dalam analisis. Dalam konteks layanan kesehatan, seperti yang diteliti dalam penelitian ini, penggunaan pendekatan MCDM memungkinkan perhitungan biaya layanan (unit cost) menjadi lebih objektif, terstruktur, dan dapat mendukung pengambilan keputusan tarif layanan yang lebih akurat.

2.5 Penelitian Terdahulu

Beberapa penelitian terdahulu yang digunakan untuk acuan sekaligus perbandingan bagi penelitian ini sebagai berikut:

Tabel 2. 1 Penelitian Terdahulu

No	Peneliti	Objek	Metode	Hasil
1	Agustin dan Dewi (2023)	Tarif Jasa Rawat Inap pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Buleleng	Kualitatif Deskriptif Studi Kasus	Berdasarkan hasil penelitian, tarif rawat inap masing-masing kelas berdasarkan metode Activity Based Costing (ABC) adalah sebagai berikut: Kelas I sebesar Rp1.009.254, Kelas II sebesar Rp940.693, dan Kelas III sebesar Rp894.562. Kelas VIP A sebesar Rp1.030.454, Kelas VIP B sebesar Rp2.093.247, dan Kelas VIP C sebesar Rp1.991.047. Seluruh kelas, yaitu VIP A, VIP B, VIP C, kelas I, kelas II, dan kelas III, menunjukkan nilai yang lebih besar pada hasil perhitungan dengan metode ABC dibandingkan dengan tarif yang digunakan oleh RSUD Buleleng.
2	Sili dan Demu (2025)	Tarif Jasa Rawat Inap pada RSUD Lewoleba	Kualitatif Deskriptif Studi Kasus	Hasil pengujian *Activity Based Costing* Kelas I, Kelas II, dan Kelas III menunjukkan laba masing-masing sebesar 74,4%, 75,8%, dan 21,6%, atau melebihi 70%. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa RSUD Lewoleba menetapkan tarif rawat inap yang terlalu tinggi atau menghasilkan laba yang terlalu besar untuk masing-masing kelas, terutama untuk kelas II yang

				memiliki laba tertinggi dan jauh lebih tinggi dari yang diantisipasi oleh rumah sakit. Berdasarkan simpulan penelitian, terdapat ketidaksesuaian antara tarif rawat inap yang diestimasikan oleh RSUD Lewoleba dengan tarif yang dihasilkan setelah mengadopsi pendekatan Activity Based Costing.
3	Munaa, Rahmawati,Nurdiana, Kusdiyana, Kusbiantoro, Sholihah (2024)	Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit Intan Medika Lamongan	Kuantitatif Deskriptif Studi Kasus	Hasil penelitian menunjukkan bahwa tarif layanan rawat inap yang ditetapkan untuk kelas VIP dengan metode ABC adalah Rp 160.499. Berdasarkan hasil tersebut, pendekatan ABC menghasilkan outcome yang lebih murah dengan selisih Rp 105.501 jika dibandingkan dengan tarif yang digunakan oleh RS Intan Medika sebesar Rp 266.000. Jadi dengan penurunan tarif menurut metode ABC, RS Intan Medika dapat memperluas pasarnya karena jika menggunakan harga yang lebih sesuai dan memberikan kualitas yang baik, maka pelanggan akan memilih untuk menggunakan RS Intan Medika Lamongan, sehingga RS Intan Medika Lamongan dapat meningkatkan okupansi ruang VIP pelayanan rawat inap dan memperoleh keuntungan jangka panjang.
4	Turgut, Ağırbaş, dan Nergizoğlu (2024)	Pelayanan Hemodialisa di Rumah Sakit Ibni Sina Turki	Kuantitatif Deskriptif	Studi ini menemukan perbedaan antara harga sesi hemodialisis yang ditentukan dengan analisis ABC dan analisis biaya standar. Menurut temuan studi, biaya satuan yang ditentukan dengan pendekatan ABC menghasilkan informasi yang lebih akurat dan menyeluruh daripada biaya yang ditentukan dengan

				metode biaya konvensional. Lebih jauh, harga perawatan hemodialisis masuk ke dalam Ditemukan bahwa cakupan studi melebihi biaya lembaga penggantian biaya. Disarankan agar rumah sakit menerapkan prosedur yang meningkatkan efisiensi dan menaikkan tarif penggantian biaya karena biaya sesi hemodialisis lebih besar daripada jumlah yang dikembalikan ke rumah sakit.
5	Nasution, Girsang, Sri (2022)	Unit Cost Pelayanan Litotripsi di RSUD Vintainsani Pematang Siantar	Kuantitatif Deskriptif Studi Kasus	Perhitungan *unit cost* dengan menggunakan teknik ABC menghasilkan temuan yang lebih rendah dibandingkan tarif INACBG dan estimasi rumah sakit. Biaya litotripsi kasus batu kandung kemih di RSVI Pematangsiantar sebesar Rp 4.167.009 per satuan dengan menggunakan teknik ABC. Selisih biaya antara perhitungan biaya rumah sakit sebesar Rp 4.997.7188 dengan estimasi metode ABC sebesar Rp 4.167.009 adalah sebesar Rp 829.709. Selisih biaya antara perhitungan rumah sakit dengan biaya tarif INA CBGs sebesar Rp 6.137.500 sebesar Rp 1.140.782 ditemukan. Dan selisih biaya antara perhitungan rumah sakit dengan biaya tarif INA CBGs sebesar Rp 1.970.491 ditemukan pada perbandingan tarif INA CBGs metode ABC.
6	Ghilan, Mehmood, Ahmed, Nahari, Almalki, Jabour, dan Khan (2020).	Layanan kesehatan yang Ditawarkan di Rumah Sakit King Fahd Central (KFCH) di Jazan, Arab Saudi	Kualitatif Deskriptif Studi Kasus	Hasil penelitian menunjukkan bahwa biaya rata-rata per pasien di King Fahd Central Hospital adalah SAR 19.034. Biaya tertinggi sebesar SAR 108.561 terjadi pada pasien di bangsal Ortopedi. Biaya rata-rata untuk pasien di bangsal Bedah, Bedah Plastik, Bedah Saraf,

				Bangsal Medis, Bangsal Anak, dan Bangsal Ginekologi adalah masing-masing SAR 33.033, SAR 29.425, SAR 23.444, SAR 20.450, SAR 9.579, dan SAR 8.636.
7	Ramadhania, dan Meirini (2022)	Perhitungan Tarif Jasa Rawat Inap RSU Arga Husada Kediri	Kualitatif Studi Kasus	Berdasarkan akuntansi tradisional, yaitu menjumlahkan biaya tetap, biaya variabel, dan biaya semi variabel dan membagi totalnya dengan jumlah hari rawat inap, hasil penelitian menunjukkan bahwa RS Arga Husada menggunakan tarif layanan rawat inap yang tergolong tinggi. Berdasarkan hasil penelitian, harga kamar kelas II dan kelas III lebih tinggi dibandingkan dengan harga kamar yang ditetapkan oleh RS Arga Husada, namun harga kamar VIP dan kelas I lebih rendah apabila tarif layanan rawat inap diterapkan dengan metode activity based costing. Untuk kamar kelas 1, biaya layanan rawat inap rumah sakit dengan metode activity based costing adalah sebesar Rp 630.770, kamar tipe VIP sebesar Rp 749.373, kamar kelas II sebesar Rp 594.095, dan kamar kelas III sebesar Rp 547,98.5
8	Pribadi, Putri, dan Yahya (2021)	Unit Cost Pelayanan Pada RS di Indonesia	Kualitatif Deskriptif Studi Kasus	Teknik ABC untuk menghitung biaya unit layanan bedah di rumah sakit menghasilkan data biaya yang lebih tepat dan lebih unggul daripada teknik konvensional. Menurut teknik ABC dalam penelitian ini, operasi ORIF untuk fraktur batang femur memiliki biaya unit yang 10% lebih rendah daripada metode biaya rumah sakit standar. Pendekatan ABC akan memangkas biaya dan aktivitas yang tidak perlu.

				Pendekatan ini akan meningkatkan efisiensi dan efektivitas tanpa menurunkan mutu layanan. Oleh karena itu, di era cakupan universal, pendekatan ini mematuhi tujuan manajemen mutu dan pengendalian biaya di rumah sakit. Selain itu, pembuat kebijakan rumah sakit dapat menggunakan metode ABC ini untuk mengukur kinerja petugas kesehatan.
9	Priyono, Kistianti, dan Referli (2020)	Tarif Jasa Rawat Inap di RSUD Banyu Bening Boyolali	Kualitatif Deskriptif	Berdasarkan perhitungan dengan metode Activity-Based Costing (ABC), tarif rawat inap untuk kelas VVIP, VIP, I, II, III, dan ICU di RSUI Banyu Bening Boyolali ternyata lebih tinggi dibandingkan rata-rata tarif rumah sakit sebesar Rp 173.752,83; sedangkan untuk kelas Perina tarif ABC sebesar Rp 224.144,98 justru lebih rendah Rp 50.855,02 daripada tarif yang berlaku sebesar Rp 275.000,00. Hasil ini menunjukkan bahwa ABC mampu mencerminkan biaya sesungguhnya—karena memasukkan seluruh elemen biaya berdasarkan aktivitas nyata seperti tenaga kerja, bahan habis pakai, peralatan, dan overhead—dan mencegah distorsi yang muncul ketika tarif hanya ditentukan berdasarkan persaingan pasar. Selain itu, pendekatan ini memungkinkan manajemen melihat kontribusi laba-rugi per kelas kamar serta mengidentifikasi dan mengefisienkan aktivitas yang tidak bernilai tambah, sehingga dapat menekan biaya operasional dan menetapkan tarif rawat inap yang lebih adil bagi pasien.

10	Hammad, Alabbadi, Taissir, Obeidat, Qais Alefan, dan Mousa (2023)	Unit Cost Rumah Sakit Kerajaan Yordania	Kualitatif Deskriptif Studi Kasus	Penelitian ini menemukan bahwa biaya unit di rumah sakit di Yordania bervariasi tergantung pada jenis layanan. Biaya rata-rata per hari rawat inap adalah JOD 236,6 (USD 333,20), sementara biaya per kunjungan rawat jalan rata-rata adalah JOD 58,4 (USD 82,30). Layanan ICU/CCU memiliki biaya unit tertinggi di antara semua jenis layanan, yaitu JOD 377,8 (USD 532,90).

BAB III
METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif dengan metode study kasus. Pendekatan ini dipilih karena memberikan ruang untuk mengeksplorasi fenomena secara mendalam, khususnya dalam memahami bagaimana metode Activity Based Costing (ABC) diterapkan dalam proses penentuan biaya tidak tetap jasa instalasi gawat darurat di rumah sakit x. Penelitian kualitatif memungkinkan peneliti memperoleh gambaran nyata tentang pengalaman, pemahaman, dan praktik yang dijalankan oleh para pelaku di lapangan, seperti manajemen rumah sakit dan staf keuangan.

Sebagaimana diungkapkan (Taherdoost & Madanchian, 2023), metode ini sangat sesuai untuk menelaah penerapan sistem penghitungan biaya berbasis aktivitas karena bersifat fleksibel dan mampu menyesuaikan dengan konteks empiris yang kompleks. Selain itu, pendekatan ini juga didukung oleh temuan (Asmadi dkk., t.t.), yang menunjukkan bahwa penerapan ABC dalam konteks rumah sakit memerlukan pemahaman mendalam terhadap aktivitas-aktivitas utama yang menyerap biaya layanan.

Penelitian ini menggunakan dua jenis data, yaitu:

1. Data primer, yang dikumpulkan secara langsung dari lapangan melalui dokumentasi.

2. Data sekunder, yang berasal dari dokumen resmi seperti laporan keuangan, catatan administrasi, dan referensi pustaka seperti jurnal ilmiah dan buku yang relevan.

Seperti yang dikemukakan (Hermawan & Amirullah, t.t.), kombinasi antara data primer dan sekunder sangat penting dalam analisis sistem ABC agar diperoleh gambaran menyeluruh tentang bagaimana alokasi biaya dilakukan dalam praktik.

3.2 Lokasi dan Objek Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD X, dengan objek penelitian berupa penerapan metode ABC dalam perhitungan biaya tidak tetap layanan IGD. Fokus utama terletak pada bagaimana metode ini digunakan untuk menghitung biaya secara lebih akurat dan transparan. Subjek penelitian meliputi berbagai pihak yang terlibat langsung dalam proses tersebut, termasuk jajaran manajemen rumah sakit, bagian keuangan, dan staf akuntansi. Dalam penelitian serupa yang dilakukan oleh (Javid dkk., 2016) peran aktif dari seluruh pihak internal rumah sakit menjadi faktor kunci keberhasilan implementasi sistem ABC.

3.3 Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan metode utama:

1. Dokumentasi, dilakukan dengan meneliti data-data terdahulu tentang proses penentuan tarif layanan seperti, Data keuangan, data kepegawaian dan juga data pendukung lainnya.
2. Diskusi, dilakukan dengan bertanya langsung kepada langsung kepada pejabat keuangan di RSUD X. Diskusi ini bertujuan untuk mendapatkan klarifikasi, pemahaman mendalam mengenai proses alokasi biaya, kendala yang dihadapi, serta validasi data yang telah dikumpulkan melalui dokumentasi. Kredibilitas data yang diperoleh

melalui wawancara ini diperkuat dengan konfirmasi langsung dari pihak yang berwenang dan memiliki pengetahuan mendalam tentang sistem keuangan rumah sakit.

Tabel 3. 1 Sumber dan Teknik Pengumpulan Data

Data	Teknik Pengumpulan data	Proses Penelitian	Informasi yang Didapatkan
Primer	Dokumentasi	Melakukan penggalian informasi melalui data - data yang sudah tersedia pada RSUD X	Informasi umum tentang proses aliran keuangan serta bisnis RSUD X dan juga kebijakan yang ada
	Diskusi	Melakukan penggalian informasi melalui diskusi dengan pemangku kebijakan keuangan yang ada di RSUD X	Informasi mendalam tentang kendala dan langkah-langkah keuangan yang diterapkan
Sekunder	Studi Literatur	Mencari data pendukung dan juga informasi dari jurnal, buku, artikel serta kebijakan yang berlaku	Gambaran umum tentang kewajiban rumah sakit dalam menentukan jasa

3.4 Metode Pengolahan Data

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif, sehingga pengolahan data tidak berupa statistik kuantitatif, melainkan berupa analisis naratif dan deskriptif terhadap data yang dikumpulkan melalui dokumentasi. Berikut adalah tahapan pengolahan data yang akan dilakukan dalam penelitian:

1. **Reduksi Data (Data Reduction)**
    - Menyaring dan memilih data yang relevan dari hasil wawancara dengan manajemen dan staf keuangan RSUD X serta dokumen (laporan biaya rumah sakit).

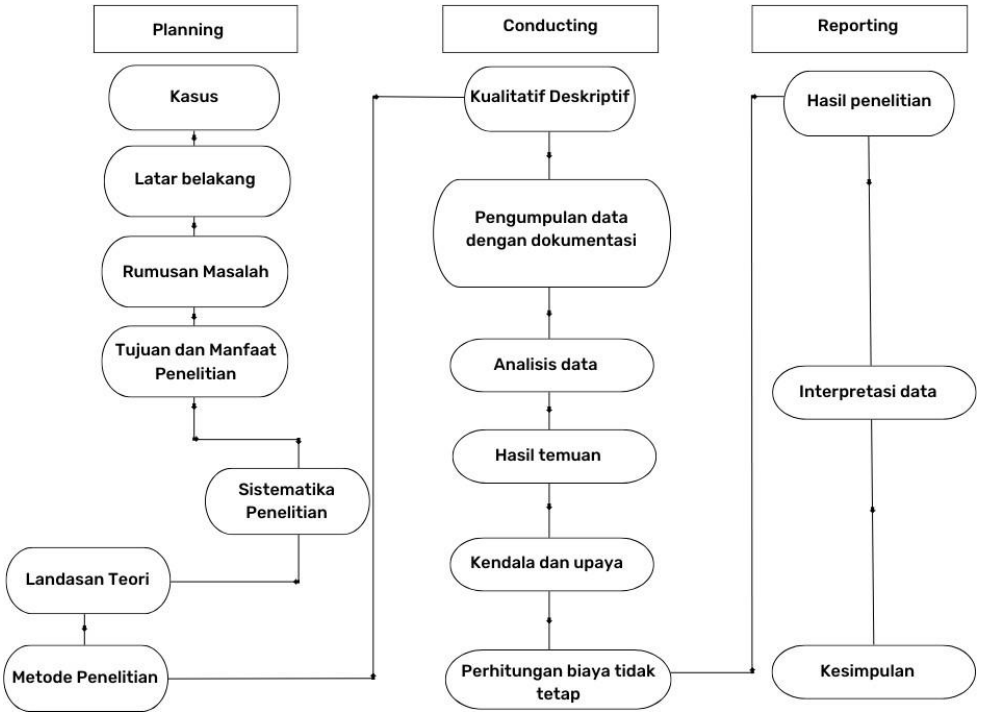
- Fokus pada aktivitas yang berkaitan dengan layanan instalasi gawat darurat dan penggunaan sumber daya yang terkait dengan biaya tidak tetap.

2. **Penyajian Data (Data Display)**
    - Menyajikan data dalam bentuk tabel yang mencakup aktivitas, cost driver, cost pool, dan unit cost untuk layanan IGD.
    - Menyusun matriks hubungan antara aktivitas dan penggunaan sumber daya untuk memberikan gambaran yang jelas mengenai alokasi biaya.
3. **Penetapan Cost Pool dan Cost Driver**
    - Mengelompokkan biaya ke dalam cost pool berdasarkan aktivitas yang relevan untuk layanan IGD.
    - Menentukan cost driver untuk tiap aktivitas, seperti jumlah personil yang terlibat dalam layanan IGD dan jumlah pasien yang dilayani.
4. **Penghitungan Biaya per Unit**
    - Menggunakan metode ABC untuk menghitung tarif unit berdasarkan konsumsi terhadap aktivitas yang telah diidentifikasi.
    - Formula dasar yang digunakan adalah:

      Biaya per unit = $\frac{\boldsymbol{Total\ Biaya\ Setelah\ Alokasi}}{\boldsymbol{Jumlah\ Cost\ Driver}}$
5. **Analisis dan Interpretasi**
    - Merepresentasikan tahapan dan hasil perhitungan Activity Based Costing dengan pendekatan Multi-Criteria Decision Making (MCDM) untuk menilai efisiensi dan keakuratan tarif layanan IGD.

- Mengidentifikasi kendala dalam penerapan ABC di RSUD X, seperti keterbatasan data, kurangnya sumber daya manusia yang terlatih, dan tantangan lainnya yang mungkin dihadapi selama proses pengolahan data.

3.5 Alur Penelitian



Gambar 3. 1 Alur Penelitian

Pada Gambar 3.1 merupakan prosedur atau langkah-langkah penelitian yang sedang dilakukan. Terdapat tiga prosedur inti dalam penelitian ini yaitu *Planning, Conducting*, dan *Reporting.*

3.5.1 Planning

Menurut Wahono (2015), Tahap perencanaan diantaranya melakukan tinjauan sistematis, pengembangan protokol yang mencakup pertanyaan penelitian, strategi pencarian, kriteria seleksi, penilaian kualitas, serta ekstraksi dan sintesis data, yang dievaluasi dan ditingkatkan secara bertahap. Dalam proses *Planning*, terdapat tujuh proses diantaranya:

a. Langkah 1, penentuan kasus, dalam penelitian ini meninjau tentang Analisis Penerapan Metode Activity Based Costing Dalam Menentukan Perhitungan Unit Cost Instalasi Gawat Darurat Pada RSUD X Penelitian ini menggunakan single case study yaitu layanan instalasi gawat darurat pada Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) X.
b. Langkah 2, penyusunan latar belakang dilakukan dengan adanya dugaan bahwa adanya kendala dalam perhitungan *unit cost* yang dialami oleh RSUD X. Sebagai sebuah rumah sakit Badan Layanan Umum (BLUD) milik pemerintah, RSUD X dituntut memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat diantaranya adalah tarif yang terjangkau, untuk mendapat tarif yang terjangkau diperlukan sebuah perhitungan biaya yang akurat.

c. Langkah 3, penentuan rumusan masalah dilakukan ntuk mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi RSUD X dalam melakukan perhitungan *unit cost* layanan instalasi gawat darurat, penulis menyusun rumusan masalah dengan menyusun beberapa pertanyaan menenai kendala RSUD X dalam melakukan perhitungan *unit cost* serta menyusun perhitungan *unit cost* dengan pendekatan *Multi-Criteria Decission Making* (MCDM). Dari hasil kajian ini diharapkan dapat memberi manfaat kepada *stakeholders* yang terkait dengan penelitian seperti, RSUD X, pemerintah daerah, akademisi, serta masyarakat.

d. Langkah 4, merupakan penyusunan pertanyaan penelitian serta tujuan penelitian untuk memfokuskan pada obyek dalam penelitian

e. Langkah 5, penyusunan sistematika penulisan ini diharapkan mampu untuk membantu meningkatkan keterbacaan, menunjukkan struktur yang logis, dan memudahkan proses penilaian. Disusun secara sistematis dan terstruktur dalam 5 bab.

f. Langkah 6, unuk mendukung dan menjelaskan konsep terkait dengan masalah penelitian, peneliti menyusun landasan teori. Hal tersebut membantu peneliti dalam memastikan penelitian memiliki relevansi dengan studi maupun teori sebelumnya, berisikan refrensi, teori- teori dan penelitian terdahulu.

g. Langkah 7, penelitiian ini juga dirancang untuk melaksanakan studi sistematis yang tergambar dalam metode penelitian.

3.5.2 Conducting

Dalam pelaksanaan studi, perlu disusun tahapan yang dirancang untuk memastikan bahwa tinjauan dilaksanakan secara sistematis, dengan tujuan

menghimpun dan menganalisis data guna menjawab pertanyaan kajian yang telah ditentukan (Wahono, 2015).

a. Langkah 8, menentukan jenis penelitian dengan pendekatan kualitatif deskriptif dengan metode study kasus.
b. Langkah 9, proses dokumentasi dan studi literatur untuk mendapatkan dokumen terkait kendala RSUD X dalam melakukan perhitungan *unit cost*.
c. Langkah 10, proses analisa data berdasarkan dokumen yang telah didapatkan.
d. Langkah 11, proses menyusun temuan penelitian dari hasil analisa data.
e. Langkah 12, menentukan faktor-faktor kendala yang dihadapi RSUD X dalam melakukan perhitungan *unit cost.*
f. Langkah 13, penelitian ini juga melakukan analisa terhadap perhitungan *unit cost* RSUD X menggunakan metode *Actity-Based Costing* serta gambaran alokasi perhitungan *unit cost* menggunakan pendekatan MCDM dengan data yang terbatas untuk menghitung *unit cost*. Langkah-langkah perhitungan *unit cost* menggunakan pendekatan MCDM sebagai berikut:
    - Melakukan identifikasi biaya pada RSUD X selama 1 tahun untuk mengetahui biaya-biaya yang terjadi pada RSUD X dan juga layanan tiap departemen. Selain itu sebagai langkah awal dalam menganalisa pergerakan keuangan yang terjadi pada RSUD X
    - Melakukan perhitungan alokasi total biaya sebelum ADM tiap-tiap layanan terutama instalasi gawat darurat RSUD X dengan metode *Activity-Based Costing* (ABC). Tahapan tersebut dilakukakn dengan melakukan pemaparan total biaya yang diberikan oleh

pihak RSUD X, mengelompokkan biaya kedalam unit-unit layanan dan administrasi.

- Menghitung Total Akumulasi ADM menghitung total akumulasi ADM yang dihitung berdasarkan luas lantai, jumlah personil, dan nilai fasilitas. Tujuan dari langkah ini untuk mengukur beban administratif yang harus dialokasikan ke unit-unit layanan berdasarkan sumber daya yang digunakan. Rumusnya secara sederhana:

$$\textbf{Total ADM} = \textbf{Luas Lantai} \times \textbf{Jumlah Personil} \times \textbf{Fasilitas}$$

- Menghitung Alokasi Setiap ADM dan Total Alokasinya yaitu mengalokasikan beban ADM ke masing-masing unit layanan menggunakan pendekatan MCDM. Perhitungan alokasinya dihitung dengan rumus:

$$\textbf{Alokasi ADM} = \left(\frac{\textbf{MCDM PER UNIT}}{\textbf{TOTAL MCDM}}\right) \times \textbf{TOTAL SETIAP ADM}$$

Artinya, setiap unit layanan menerima alokasi biaya berdasarkan proporsi dari alokasi ADM (MCDM) yang dimiliki dibandingkan dengan total keseluruhan alokasinya.

- Menghitung Total *Cost Pool* Setelah Alokasi, setelah alokasi biaya dilakukan, langkah selanjutnya yaitu menghitung total *cost pool* atau kumpulan biaya akhir untuk masing-masing unit. Rumusnya adalah:

Total *Cost Pool* = Total Biaya Sebelum Alokasi + Total Terima Alokasi ADM

Jadi, biaya akhir tiap unit mencakup:

- Biaya langsung yang dimiliki unit tersebut sebelumnya.
- Biaya tidak langsung (ADM) yang dialokasikan dari proses sebelumnya.

- Menghitung *unit cost* per layanan yaitu menentukan *unit cost* untuk masing-masing layanan. Rumusnya adalah:

$$\textbf{\textit{Unit Cost}} \textbf{ per Layanan} = \left(\frac{\textbf{Total } \underline{\textit{Cost}} \ \underline{\textit{Pool}} \textbf{ Setelah Alokasi}}{\textbf{Jumlah } \textit{Cost Driver}}\right)$$

- Hasil akhir: *unit cost* Layanan IGD yang mencerminkan biaya sebenarnya per unit layanan berdasarkan seluruh komponen biaya tidak langsung dari tiga ADM (ADM Umum, ADM Medis, dan ADM HRD Medis) yang sudah dialokasikan secara adil dan proporsional.

3.5.3 Reporting

Pelaporan tinjauan bertujuan menyajikan hasil kajian secara sistematis dan transparan agar dapat diakses, dipahami, serta memberikan kontribusi berharga bagi pengembangan pengetahuan di bidang terkait (Wahono, 2015).

a. Langkah 14, menidentifikasikan temuan sebagai hasil penelitian.
b. Langkah 15, hasil disusun penelitian diinterpretasikan untuk menjawab pertanyaan penelitian.
c. Langkah 16, menarik kesimpulan.

3.6 Gambaran Umum Perusahaan

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) X merupakan rumah sakit kelas B yang berstatus sebagai Satuan Kerja Organisasi Perangkat Daerah (SPKD) yang merupakan bagian dari pemerintah daerah. RSUD X kapasitas tempat tidur pasien sebanyak 151 bed terdiri dari 276 bangsal. Perpustakaan dan taman baca masyarakat, perawatan di rumah, laboratorium patologi anatomi, hemodialisis, pelatihan, instalasi gawat darurat, layanan bedah, rehabilitasi medis, perawatan kritis, perawatan rawat jalan, instalasi gawat darurat, radiografi, dan masih banyak lagi termasuk di antara dua belas layanan yang ditawarkan saat ini. Sasaran RSUD X adalah untuk berkembang menjadi rumah sakit yang modern dan kompetitif.

Misi RSUD X antara lain, yaitu :

1. Meningkatkan tata kelola dengan proses bisnis yang sehat dan produktif
2. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau berorientasi pada keselamatan pasien didukung teknologi yang modern
3. Menyediakan wahana pendidikan, penelitian, pelatihan dan pengembangan tenaga kesehatan

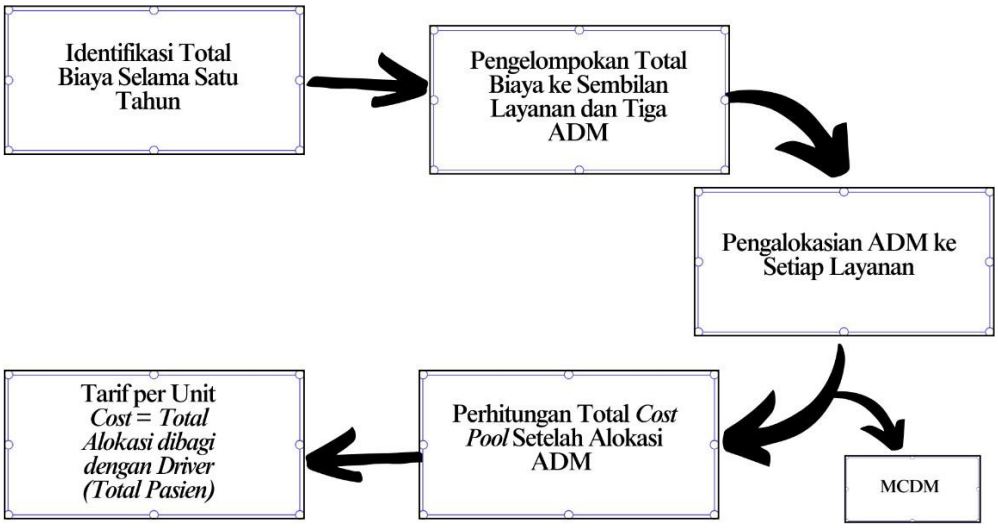
BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Analisis data pada Unit IGD RSUD X

Analisis biaya pada unit Instalasi Gawat Darurat (IGD) dilakukan dengan menggunakan pendekatan *Activity-Based Costing* (ABC) yang terdiri dari lima tahapan utama, yaitu: total biaya selama satu tahun, pengelompokan total biaya ke sembilan layanan dan tiga ADM, pengalokasian ADM ke setiap layanan, pehitungan total *cost pool* setelah alokasi ADM dan perhitungan tarif per unit *cost driver*. Tujuan dari penggunaan metode ini adalah untuk memperoleh gambaran biaya yang lebih akurat dan mencerminkan konsumsi sumber daya berdasarkan aktivitas nyata. Berikut adalah gambar untuk menngambarkan tahapan-tahapan dalam penelitian;

Gambar 4. 1 Tahapan Perhitungan ABC



4.1.1 Identifikasi Total Biaya Selama Satu Tahun

RSUD X mendistribusikan data biaya selama satu tahun untuk memahami penggunaan sumber daya. Identifikasi ini dimulai dengan mengumpulkan data bulanan atau triwulanan dari berbagai departemen seperti instalasi gawat darurat, rawat inap, dan rawat jalan. Biaya yang bisa langsung dikelompokan kedalam layanan-layanan seperti instalasi gawat darurat (IGD), hemodialias (HD), laboratorium, IKJ, farmasi. Dengan menggunakan sistem alokasi biaya, biaya yang bisa langsung dialokasikan akan didistribusikan ke departemen yang relevan, sedangkan biaya yang tidak bisa dimasukkan secara langsung akan dibagi ke beberapa *pool* biaya yang kemudian dibagi berdasarkan kriteria yang ditentukan. Hal ini bisa kita lihat pada **Lampiran 1** dimana ada biaya-biaya yang bisa dialokasikan langsung ke departemen dan ada yang memang harus melalui perhitungan alokasi .

4.1.2 Pengalokasian Total Biaya ke Unit Layanan

Setelah data biaya-biaya selama satu tahun ditemukan, langkah selanjutnya yang dilakukan adalah mengelompokkan biaya tersebut berdasarkan unit-unit yang ada di rumah sakit. Pengelompokan ini dilakukan untuk memudahkan dalam mengidentifikasi dan memantau penggunaan sumber daya di masing-masing unit. Beberapa unit yang menjadi fokus dalam pengelompokan ini antara lain Instalasi Gawat Darurat (IGD), Rawat Inap (Ranap), Rawat Jalan (Rajal), Instalasi Bedah Sentral (IBS), Radiologi, Instalasi Kesehatan Jiwa (IKJ), Laboratorium (Lab), Hemodialisa (HD), dan Farmasi. Hal ini bisa dilihat pada lembar **Lampiran 1** dimana dalam lampiran tersebut pengelompokan biaya didasari dari layanan yang

ada di RSUD X. Akan tetapi ada beberapa departemen yang biaya-biayanya tidak bisa langsung dijadikan menjadi satu karena di departemen tersebut memiliki sub kelompok lagi. Departemen tersebut antara lain adalah Rawat Inap, IBS, dan Radiologi. Dalam departemen tersebut ada sub kelompok yang memang harus dialokasikan tersendiri supaya biaya-biaya tadi bisa terbagi dengan sesuai. Hal tersebut bisa kita lihat pada tabel berikut;

Tabel 4. 1 Kelompok dan Sub Kelompok Departemen

No	Departemen	Sub Kelompok
1	Rawat Inap	Intensif VIP VVIP ISOLASI Kelas 1 Kelas 2 Kelas 3 Level 1 Level 2 RANAP
2	IBS	IBS Khusus Besar Sedang Kecil
3	Radiologi	Xray USG CT Scan Gigi MRI RADIOLOGI
4	IGD	IGD
5	Hemodialisa	HD
6	Rawat Jalan	RAJAL
7	Laboratorium	LAB
8	IKJ	IKJ
9	Farmasi	FARMASI

Sumber RSUD X tahun 2023, telah diolah kembali

Terlihat di dalam tabel 4.1 bahwasannya ada beberapa departemen yang memiliki sub kelompok yang di dasari dari layanan-layanan detail yang ada pada departemen tersebut. Selain itu pada tiap-tiap departemen juga ditambahkan kelompok biaya yang universal, sehingga biaya yang tidak teridentifikasi dapat dikelompokkan langsung kedalam kelompok yang universal. Seperti di rawat inap terdapat sub kelompok RANAP, di IBS terdapat sub kelompok IBS, dan di Radiologi terdapat sub kelompok RADIOLOGI. Tujuan adanya penambahan sub ini adalah sebagai sarana dalam mengumpulkan biaya-biaya yang tidak bisa dikelompokkan kedalam sub kelompok yang lain.

Setelah dilakukan pengelompokkan biaya-biaya tersebut maka dilakukan pengalokasi langsung untuk memenuhi tujuan awal dari pengambilan data pada RSUD X, yaitu supaya data-data biaya yang ada di RSUD X bisa menuju ke masing-masing departemen. Hal ini juga didasari karena biaya-biaya tersebut bisa langsung dikelompokkan tanpa harus menggunakan driver. Berikut adalah tabel total biaya tersebut;

Tabel 4. 2 Total Biaya Tiap Unit

	Total Biaya Alokasi Sebelum Terima ADM
IGD	333,982,836
Rajal	406,785,760
Ranap	-
IBS	377,800,255
HD	241,061,815
Laboratorium	612,403,361
Farmasi	301,131,046
Radiologi	-
IKJ	145,221,210

Sumber RSUD X tahun 2023, telah diolah kembali

Selain itu, biaya-biaya tersebut juga dibagi ke dalam tiga kategori administratif, yaitu Administrasi Umum, Administrasi Medis, dan Administrasi HRD Medis. Sebelum dibagi menjadi tiga total ADM perlu dilakukan kalkulasi biaya untuk mengetahui total ADM yang digunakan sebagai dasar dalam penentuan tiga ADM tersebut. Biaya tersebut dikategorikan ke dalam *cost pool* berdasarkan kriteria seperti luas area, jumlah pegawai, atau volume pasien sebagai *driver*. Pendekatan perhitungan yang digunakan untuk menentukan alokasi ADM tersebut adalah melalui pendekatan MCDM dimana, di dalam pendekatan tersebut penulis dibebaskan untuk memilih kriteria perhitungan asalkan kriteria tersebut berhubungan, dan semakin banyak variabel yang digunakan maka akan semakin valid perhitungannya. Hal ini juga dikarenakan driver yang disediakan oleh RSUD X, ternyata tidak bisa menghubungkan biaya-biaya yang ada di dalam RSUD X, sehingga pendekatan ini harus dilakukan untuk menghitung alokasi biaya, perhitungannya ditampilkan dalam tambel sebagai berikut

Tabel 4. 3 Perhitungan Total Alokasi ADM

UNIT	JUMLAH PASIEN	LUAS LANTAI	JUMLAH PERSONIL	WATT	FASILITAS (NILAI BUKU)	MCDM
	A	B	C	D	E	G= (B*C*E)
IGD	19.732	603	45	-	898.568.547	24.382.657.529.629
RAJAL	100.062	1.121	97	-	2.620.269.999	284.793.215.772.291
RANAP	41.213	7.549	254	-	7.486.463.200	14.354.204.354.050.800
IBS	2.965	9.681	57	-	3.272.199.484	1.805.599.348.033.960
HD	10.935	1.299	26	-	247.826.992	8.368.497.943.423
LAB	168.189	898	27	-	1.589.931.394	38.556.345.082.546
FARMASI	122.219	432	44	-	66.057.503	1.255.621.017.024
RADIOLOGI	22.105	738	20	-	10.466.018.653	154.562.163.466.273
IKJ	599	256	5	-	502.000	642.309.000
TOTAL	**488.019**	**22.576**	**575**	**-**	**26.648.837.771**	**16.671.722.845.205.000**

Tabel yang disajikan memberikan rincian perhitungan alokasi ADM untuk berbagai unit layanan di rumah sakit. Setiap unit, termasuk IGD (Instalasi Gawat Darurat), RAJAL (Rawat Jalan), RANAP (Rawat Inap), IBS (Instalasi Bedah Sentral), HD (Hemodialisis), LAB (Laboratorium), FARMASI, RADIOLOGI, dan IKJ (Instalasi Kesehatan Jiwa), memiliki jumlah pasien, luas lantai, dan jumlah personil yang berbeda. Sebagai contoh, IGD melayani 19.732 pasien dengan luas lantai 603 m^2 dan 45 personil, serta

memiliki nilai buku fasilitas sebesar Rp 898.568.547. Total biaya yang dihitung untuk IGD mencapai Rp 24.382.657.529.629. Unit RAJAL melayani 100.062 pasien dengan luas lantai 1.121 m² dan 97 personil, serta total biaya sebesar Rp 284.793.215.772.291. RANAP, dengan 41.213 pasien, memiliki luas lantai 7.549 m² dan 254 personil, serta total biaya Rp 14.354.204.354.050.800. Setiap unit lainnya juga memiliki rincian serupa, dengan total agregat mencakup 488.019 pasien, luas lantai 22.576 m², dan total biaya sebesar Rp 16.671.722.845.205.000. Tabel ini memberikan gambaran komprehensif tentang alokasi anggaran berdasarkan berbagai faktor, meskipun kolom Watt tidak terisi, yang mungkin mempengaruhi analisis lebih lanjut.

4.1.3 Pengalokasian Tiap ADM ke Setiap Layanan

Setelah mengetahui total biaya tiap unit maka dilanjutkan dengan pengalokasian ADM ke setiap layanan. Dan dalam penentuan alokasi ADM tiap unit pada RSUD X terdapat rumus perhitungan masing-masing ADM sebagai berikut;

$$\text{Alokasi ADM Umum} = \left(\frac{MCDM\ PER\ UNIT}{TOTAL\ MCDM}\right) \times \text{TOTAL ADM Umum}$$

$$\text{Alokasi ADM Medis} = \left(\frac{MCDM\ PER\ UNIT}{TOTAL\ MCDM}\right) \times \text{TOTAL ADM Medis}$$

$$\text{Alokasi ADM HRD Medis} = \left(\frac{MCDM\ PER\ UNIT}{TOTAL\ MCDM}\right) \times \text{TOTAL ADM HRD Medis}$$

Setelah mengetahui rumus masing-masing ADM, maka dilakukan perhitungan alokasi masing-masing ADM seperti yang terlihat pada tabel 4.4 berikut;

Tabel 4. 4 Perhitungan Alokasi ADM Masing-Masing Unit

UNIT	MCDM	ALOKASI ADM UMUM	ALOKASI ADM MEDIS	ALOKASI ADM HRD MEDIS	TOTAL TERIMA ALOKASI ADM
IGD	24.382.657.529.629	33.004.126	56.414.136	273.313	89.691.575
HD	8.368.497.943.423	11.327.517	19.362.187	93.805	30.783.509
Rawat Inap	14.354.204.354.050.800	19.429.710.038	33.211.311.491	160.900.986	52.801.922.515
Rawat Jalan	284.793.215.772.291	385.493.300	658.925.843	3.192.341	1.047.611.483
IBS	1.805.599.348.033.960	2.444.041.544	4.177.613.812	20.239.555	6.641.894.912
Laboratorium	38.556.345.082.546	52.189.490	89.207.786	-	141.397.276
Farmasi	1.255.621.017.024	1.699.596	2.905.129	-	4.604.726
Radiologi	154.562.163.466.273	209.213.826	357.610.358	-	566.824.184
IKJ	642.309.000	869	1.486	-	2.356
TOTAL	**16.671.722.845.205.000**	**22.566.680.307**	**38.573.352.228**	**184.700.000**	**61.324.732.535**

Sumber: RSUD X tahun 2023, telah diolah kembali

Tabel 4.4 memberikan rincian perhitungan alokasi ADM untuk berbagai unit layanan di rumah sakit. Setiap unit, seperti IGD (Instalasi Gawat Darurat), HD (Hemodialisa), Rawat Inap, Rawat Jalan, IBS, Laboratorium, Farmasi, Radiologi, dan IKJ, memiliki nilai MCDM yang mencerminkan total biaya yang dihitung berdasarkan kriteria sebelumnya.

4.1.4 Menghitung Total *Cost Pool* Setelah Alokasi

Setelah perhitungan alokasi masing-masing ADM, maka dilakukan perhitungan total *cost pool* yang menjadi tahapan dalam menghitung *unit cost*. Dan hal ini bisa dilihat dalam tabel 4.5 berikut;

Tabel 4. 5 Total Cost Pool

Unit	Total Biaya Sebelum Alokasi	Total Terima Alokasi ADM	Total *Cost Pool* Setelah Alokasi
	A	B	A+B
IGD	333.982.836	89.691.575	423.674.411
HD	241.061.815	30.783.509	271.845.324
Rawat Inap	1.785.426.360	52.801.922.515	52.801.922.515
Rawat Jalan	406.785.760	1.047.611.483	1.454.397.243
IBS	377.800.255	6.641.894.912	7.019.695.167
Laboratorium	612.403.361	141.397.276	753.800.637
Farmasi	301.131.046	4.604.726	305.735.772
Radiologi	167.678.705	566.824.184	566.824.184
IKJ	145.221.210	2.356	145.223.566
TOTAL		**61.324.732.535**	**63.743.118.818**

Sumber: RSUD X tahun 2023, telah diolah kembali

Tabel 4.3 menggambarkan proses alokasi biaya secara menyeluruh. Kolom A menunjukkan biaya langsung, kolom B adalah alokasi overhead (ADM), dan kolom A+B menunjukkan total biaya riil unit

4.1.5 Perhitungan *Unit Cost* Layanan pada RSUD X

Tabel 4. 6 Perhitungan Unit Cost Layanan

Unit	Total *Cost Pool Setelah Alokasi*	Driver	Jumlah Cost Driver	Cost Per Unit
	A	B	C	D= (A:C)
IGD	423.674.411	Pasien	19.732 orang	21.471
HD	271.845.324	Pasien	10.935 orang	24.860
Rawat Inap	52.801.922.515	Pasien	119.457 orang	14.947
Rawat Jalan	1.454.397.243	Pasien	100.062 orang	14.535
IBS	7.019.695.167	Pasien	2.965 orang	127.420
Laboratorium	753.800.637	Pasien	168.189 orang	4.482
Farmasi	305.735.772	Resep	122.219 resep	2.502
Radiologi	566.824.184	Pasien	22.105 orang	7.586
IKJ	145.223.566	Jenazah	599 jenazah	242.443

Sumber: RSUD X tahun 2023, telah diolah kembali

Tabel 4.6 tersebut menunjukkan bahwa total biaya setelah alokasi untuk IGD mencapai Rp 423.674.411, dengan jumlah pasien sebanyak 19.732 orang, sehingga menghasilkan biaya per unit sebesar Rp 21.471. Data yang disajikan dalam tabel ini memberikan gambaran yang jelas mengenai alokasi biaya berdasarkan driver biaya untuk setiap layanan di RSUD X. Dengan menggunakan metode ABC, rumah sakit dapat lebih memahami struktur biaya dan melakukan pengelolaan yang lebih efisien terhadap sumber daya yang ada, serta meningkatkan akurasi dalam perhitungan biaya unit untuk setiap layanan yang diberikan.

4.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil analisis serta perhitungan biaya satuan (unit cost) layanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) di RSUD Sleman dengan menggunakan metode Activity-Based Costing (ABC) dengan pendekatan perhitungan melalui *Multi-Criteria Decesion Making (MCDM)*, terdapat sejumlah hal penting yang patut dibahas secara lebih mendalam. Pembahasan ini bertujuan untuk memperkuat pemahaman mengenai implementasi metode ABC di lingkungan rumah sakit, serta mengevaluasi manfaat strategis dan tantangan praktis yang dihadapi dalam penerapannya, khususnya dalam konteks layanan IGD yang memiliki karakteristik dinamis dan berintensitas tinggi.

Analisis biaya pada unit IGD RSUD X diawali dengan identifikasi biaya-biaya yang ada di RSUD X selama satu tahun, di mana total biaya alokasi untuk IGD tercatat sebesar Rp 333.982.836 . Seluruh biaya ini kemudian diklasifikasikan ke dalam sembilan layanan operasional dan tiga *cost pool* administratif, yaitu ADM Umum, ADM Medis, dan ADM HRD Medis berdasarkan *cost driver* yang relevan seperti luas lantai, jumlah personel, dan nilai fasilitas. Tahap berikutnya adalah *Multi-Criteria Decision Making* (MCDM). Nilai MCDM untuk setiap unit dihitung dari agregasi indikator aktivitas (misalnya, intensitas penggunaan ruang, beban personel, dan aset pendukung), lalu digunakan sebagai basis proporsional untuk membagi beban ADM Umum, ADM Medis, dan ADM HRD Medis ke masing-masing layanan. Dalam praktiknya, alokasi total ADM ke IGD mencapai Rp 89.691.575, yang merupakan penjumlahan hasil alokasi dari ketiga cost pool administratif. Setelah alokasi, total cost pool IGD dihitung dengan menambahkan

biaya awal alokasi dan alokasi ADM, sehingga diperoleh Rp 423.674.411 bagi unit IGD. Pada tahap akhir, perhitungan unit cost dilakukan dengan membagi total cost pool tersebut dengan jumlah *cost driver*, dalam hal ini jumlah kunjungan pasien IGD yang mencapai 19.732 orang, sehingga tarif per pasien diperoleh sebesar Rp 21.471.

Dengan lima tahapan utama (1) identifikasi biaya tahunan, (2) pengelompokan biaya berdasarkan layanan, (3) perhitungan total biaya ADM via MCDM, (4) perhitungan biaya alokasi setelah ADM, dan (5) penentuan unit cost. Dalam hal ini metode ABC memastikan bahwa setiap komponen biaya tidak langsung teralokasi secara akurat sesuai konsumsi sumber daya nyata. Hasil ini tidak hanya menampilkan gambaran beban biaya yang lebih transparan dan adil, tetapi juga menjadi dasar bagi manajemesn RSUD X dalam menetapkan tarif layanan yang mencerminkan efisiensi operasional dan kualitas pelayanan

Kedua, Berdasarkan hasil analisis, RSUD X menghadapi beberapa tantangan dalam proses perhitungan unit cost. Salah satu masalah utama adalah kesulitan dalam mengidentifikasi aktivitas-aktivitas spesifik dan menentukan metode alokasi biaya yang tepat. Ketidakakuratan dalam pengalokasian biaya layanan, terutama pada unit seperti rawat inap atau IGD, dapat mengakibatkan tarif yang diterapkan tidak mencerminkan biaya aktual yang dikeluarkan. Kendala ini sangat terkait dengan kurangnya kelengkapan dan ketersediaan data. Data yang akurat dan lengkap merupakan elemen krusial dalam proses perhitungan biaya, karena tanpa data tersebut, hasil unit cost berisiko tidak akurat dan dapat menyebabkan ketidakefisienan dalam tarif layanan yang ditetapkan. Selain itu,

sebagai rumah sakit milik pemerintah, RSUD X juga harus menghadapi tuntutan regulasi yang kompleks. Rumah sakit harus mematuhi ketentuan mengenai transparansi biaya, dasar penetapan tarif yang akurat, serta memenuhi Standar Pelayanan Minimal (SPM). Hal ini menjadi tantangan tersendiri bagi manajemen rumah sakit dalam menyelaraskan kebijakan tarif yang sesuai dengan ketentuan pemerintah, sambil tetap mempertimbangkan kemampuan masyarakat untuk mengakses layanan.

Oleh karena itu, keberhasilan penerapan metode ABC dalam jangka panjang sangat bergantung pada kesiapan organisasi dalam aspek sumber daya manusia, infrastruktur sistem informasi, serta dukungan kebijakan dari manajemen puncak. Upaya peningkatan kapasitas staf melalui pelatihan akuntansi manajerial, penerapan sistem informasi yang berbasis aktivitas, serta pengembangan standar pencatatan aktivitas yang sistematis akan sangat membantu memperkuat fondasi penerapan metode ABC. Dengan langkah-langkah tersebut, rumah sakit tidak hanya akan memperoleh informasi biaya yang lebih akurat dan bermanfaat, tetapi juga mampu mewujudkan efisiensi layanan dan transparansi tarif yang berkelanjutan.

BAB V

KESIMPULAN

5.1 Kesimpulan

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penerapan metode *Activity-Based Costing* (ABC) dalam menentukan biaya tidak tetap pada layanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) di RSUD X, serta mengidentifikasi kendala dan upaya rumah sakit dalam meningkatkan akurasi penghitungan biaya sebagai dasar penetapan tarif layanan.Berdasarkan hasil penelitian dan analisis data, maka diperoleh beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Analisis biaya pada unit Instalasi Gawat Darurat (IGD) di RSUD X dilakukan dengan pendekatan Activity-Based Costing (ABC), yang mencakup lima tahapan utama. Pertama, identifikasi biaya selama satu tahun dilakukan untuk memahami penggunaan sumber daya. Selanjutnya, biaya tersebut dikelompokkan ke dalam sembilan layanan dan tiga kategori Administrasi (ADM), yaitu ADM Umum, ADM Medis, dan ADM HRD Medis. Pengelompokan ini memungkinkan RSUD X untuk lebih memahami bagaimana sumber daya digunakan di setiap unit layanan. Setelah pengelompokan, dilakukan pengalokasian ADM ke setiap layanan berdasarkan proporsi penggunaan sumber daya yang relevan. Total cost pool untuk IGD setelah alokasi ADM mencapai Rp 423.674.411, yang memastikan bahwa setiap komponen biaya tidak langsung dialokasikan secara akurat sesuai dengan konsumsi sumber daya yang sebenarnya. Pada

tahap akhir, perhitungan unit cost untuk layanan IGD menunjukkan bahwa biaya per pasien adalah sebesar Rp 21.471, yang diperoleh dengan membagi total cost pool dengan jumlah pasien yang dilayani. Hasil ini mencerminkan biaya aktual yang dikeluarkan untuk setiap layanan, memberikan dasar yang lebih obyektif dalam penetapan tarif layanan

2. Dalam proses penerapan metode ABC, RSUD X menghadapi beberapa hambatan utama. Pertama, keterbatasan data aktivitas yang terstruktur dan terintegrasi. Kedua, kesulitan dalam menetapkan aktivitas relevan dan pembebanan biaya secara proporsional terhadap output layanan. Ketiga, kompleksitas pengelolaan regulasi yang dapat memperlambat proses analisis biaya. Kendala-kendala ini berpotensi menurunkan transparansi informasi biaya jika tidak segera ditindaklanjuti.

5.2 Rekomendasi

1. Pengembangan sistem teknologi informasi yang mampu mengintegrasikan dan mendukung kerja antar departemen di RSUD X yang bertujuan untuk meningkatkan efisiensi operasional. Sistem ini dirancang agar seluruh data terkait aktivitas dan biaya dapat terhubung secara real-time, sehingga mempermudah perhitungan unit cost secara akurat. Dengan sistem ini, koordinasi antar unit layanan menjadi lebih efektif dan transparan, serta dapat menunjang pengambilan keputusan manajerial yang lebih tepat di lingkungan rumah sakit.
2. Pihak RSUD X disarankan untuk melakukan pelatihan dalam mengimplementasikan metode ABC dalam sistem keuangan internal secara

menyeluruh dan menjadikannya sebagai standar akuntansi biaya layanan rumah sakit.

3. Penerapan arsip data yang tepat pada RSUD X, sehingga dapat membantu RSUD X dalam melakukan baik identifikasi maupun perhitungan biaya baik itu tahunan maupun triwulan.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, antara lain:

1. Keterbatasan data aktivitas dan cost driver yang terdokumentasi secara sistematis menyebabkan proses pengumpulan dan alokasi biaya tidak sepenuhnya optimal.
2. Peneliti tidak melakukan wawancara secara mendalam secara langsung dengan pihak RSUD X seperti akuntansi, pihak farmasi, dan pihak rekam medik untuk mendapatkan data yang rinci.
3. Penelitian hanya dilakukan pada satu unit layanan (IGD) dan dalam satu periode (tahun 2023), sehingga hasil belum dapat digeneralisasi untuk seluruh unit layanan rumah sakit atau periode lainnya.

5.4 Saran Penelitian

1. RSUD X perlu meningkatkan sistem pencatatan aktivitas secara terstruktur dan terintegrasi dengan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) agar metode ABC dapat diimplementasikan secara konsisten.
2. Melakukan wawancara mendalam secara langsung dengan seluruh bagian di RSUD X yang memiliki peran dalam proses perhitungan *unit cost*.

3. Diharapkan penelitian lebih lanjut dilakukan untuk unit layanan lain di RSUD X, agar tersedia data unit cost yang komprehensif guna mendukun efisiensi biaya rumah sakit secara menyeluruh.

DAFTAR PUSTAKA

Ahmad, K. (2015). *Akuntansi Manajemen : Dasar-Dasar Konsep Biaya dan Pengambilan Keputusan* (Revisi). PT RajaGrafindo Persada.

Asmadi, D., Rahmawati, S., & Hidayaturrahmi, H. (t.t.). *ANALISIS BIAYA LAYANAN RAWAT INAP RUMAH SAKIT MENGGUNAKAN METODE ABC: STUDI KASUS*. https://doi.org/10.31004/jkt.v4i1.13651

Astuti, W., & Animah. (2020). COST SYSTEMS PENDEKATAN ACTIVITY BASED COSTING: STUDI KASUS USAHA TEMBAKAU VIRGINIA LOMBOK. *Jurnal Riset Akuntansi Aksioma*, *19*(1), 141–154. https://doi.org/10.29303/aksioma.v19i1.95

Baldric Siregar, Bambang Suripto, Dody Hapsoro, Eko Widodo, Erlina Herowati, Lita Kusumasari, & Nurofik. (2016). *Akuntansi Biaya* (2 ed.). Salemba Empat.

Bestari. (2003). *Dasar-dasar Pemasaran* (I). UPFE UMY.

Carter, W. K. (2009). *Akuntansi Biaya : Cost Accounting* (14 ed.). Salemba Empat.

Damayanti, Y. E., Chandrarin, G., & Subiyantoro, E. (2023). The Effect of Disclosure of Sustainability and Profitability Reports on Company Value with Innovation as an Intervening Variable. *International Journal of Advances in Engineering and Management (IJAEM)*, *5*, 326. https://doi.org/10.35629/5252-0505326337

Dewi Cindrawati Dzulkirom Zahroh Za, S. M. (2014). PENERAPAN ACTIVITY BASED COSTING SYSTEM SEBAGAI DASAR MENENTUKAN HARGA POKOK KAMAR HOTEL (Studi Kasus pada Hotel Pelangi Malang Periode 2012). Dalam *Jurnal Administrasi Bisnis (JAB)|* (Vol. 8, Nomor 2).

Halim, A., Supomo, B., Kusufi, & Syam, M. (2013). *Akuntansi Manajemen (Akuntansi Manajerial)* (2 ed.). BPFE.

Hanafi Rangkuti, A., Keputusan Pengangkatan Karyawan Tetap Alfian Hanafi Rangkuti, P., Kusnasari, S., Studi, P., & Institusi, N. (2024). *Implementasi Metode Multi Attribute Utility Theory Dalam Sistem*. *3*(5), 666–676. https://ojs.trigunadharma.ac.id/index.php/jsi

Hansen, D. R., & Mowen, M. M. (2009). *Akuntansi Manajerial buku 1* (Deny Arnos Kwary, Penerj.; 8 ed.). Salemba Empat.

Harahap Baru. (2020). *Akuntansi Biaya* (Tukino, Ed.; 1 ed.). Batam Publisher.

Hermawan, S., & Amirullah, M. S. (t.t.). *METODE PENELITIAN BISNIS Pendekatan Kuantitatif & Kualitatif*.

Horngren, C. T. . (2014). *Introduction to management accounting*. Pearson.

Horngren, C. T., Datar, S. M., Rajan, M. V, Columbus, B., New, I., San, Y., Upper, F., River, S., Cape, A., Dubai, T., Madrid, L., Munich, M., Montréal, P., Delhi, T., São, M. C., Sydney, P., Kong, H., Singapore, S., & Tokyo, T. (2012). *Cost Accounting A Managerial Emphasis Global Edition Fourteenth Edition*. www.pearsoned.co.uk

Javid, M., Hadian, M., Ghaderi, H., Ghaffari, S., & Salehi, M. (2016). Application of the Activity-Based Costing Method for Unit-Cost Calculation in a Hospital. *Global journal of health science*, *8*(1), 165–172. https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n1p165

Kaplan S., R., & Norton P., D. (2001). *Strategy Focused Organization*. Harvard Bussines School Publishing Coorporation.

Kardila, D., & Ranggadara, I. (2020). Analytical Hierarchy Process Untuk Menentukan Prioritas Proyek. *JOINS (Journal of Information System)*, *5*(1), 95–101. https://doi.org/10.33633/joins.v5i1.3490

Kumar Panigrahi, A. (2009). *Activity-Based Costing: A Tool of Cost Control*. https://www.researchgate.net/publication/356406367

Lei, M., Victorino, S., & Ramesh, K. (2022). Advantages of the Cost Accounting View for Entrepreneurs in Improving Productivity and Financial Stability. *Technoarete Journal on Accounting and Finance*, *2*(5).

Liou, J. J. H., & Tzeng, G. H. (2012). Comments on "Multiple criteria decision making (MCDM) methods in economics: An overview." *Technological and Economic Development of Economy*, *18*(4), 672–695. https://doi.org/10.3846/20294913.2012.753489

Miranti, B., Stie, M., Lubuklinggau, M., Triharyati, E., & Stie, D. (t.t.). *ANALISIS PENENTUAN TARIF RAWAT INAP DENGAN METODE ACTIVITY BASED COSTING PADA RSUD HAPSARI MEDIKA KOTA LUBUKLINGGAU*.

Mulyadi. (2003a). *Activity-Based Cost System : Sistem Informasi Biaya Untuk Pengurangan Biaya* (6 ed.). UPP AMP YKPN.

Mulyanti, D., Program, A. B., Akuntansi, S., & Ekonomi, F. (t.t.). *ANALISIS PENERAPAN METODE ACTIVITY BASED COSTING TERHADAP TARIF RAWAT INAP PADA RUMAH SAKIT UMUM KASIH BUNDA*.

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 25 TAHUN 2014.

Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 19 Tahun 2024 Tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat (2024).

Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 340/Menkes/PER/III?/2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit.

Porter, M. E. (2007). *Strategi Bersaing (Competitive Strategy): Teknik Menganalisis Industri dan Pesaing*. Karisma Pub.

Pramita, G., & Darwis, D. (2024). Penerapan Metode TOPSIS dalam Pemilihan Moda Transportasi Berkelanjutan untuk Pengurangan Emisi Gas Rumah Kaca. *Building of Informatics, Technology and Science (BITS)*, *6*(1). https://doi.org/10.47065/bits.v6i1.5361

Rudianto. (2006). *Akuntansi Manajemen : Informasi Untuk Pengambilan Keputusan Manajemen*. PT Grasindo.

Saaty, T. L. ., & Vargas, L. G. . (2012). *Models, methods, concepts & applications of the analytic hierarchy process*. Springer.

Sahoo, S. K., & Goswami, S. S. (2023). A Comprehensive Review of Multiple Criteria Decision-Making (MCDM) Methods: Advancements, Applications, and Future Directions. *Decision Making Advances*, *1*(1), 25–48. https://doi.org/10.31181/dma1120237

Schroeder, R. G., Clark, M. W., & Cathey, J. M. (t.t.). *Financial Accounting Theory and Analysis Text and Cases*.

Sumardi, S., & Sukma, N. (2022). JURNAL AKUNTANSI, EKONOMI DAN MANAJEMEN BISNIS PERHITUNGAN HARGA POKOK SEBAGAI DASAR PENETAPAN HARGA JUAL JASA SEWA PAMERAN PADA PT. Ad-HOUSE PRIMACIPTA. *Maret*, *2*(1), 71–79.

Taherdoost, H., & Madanchian, M. (2023a). A Comprehensive Overview of the ELECTRE Method in Multi Criteria Decision-Making. *Journal of Management Science & Engineering Research*, *6*(2), 5–16. https://doi.org/10.30564/jmser.v6i2.5637

Taherdoost, H., & Madanchian, M. (2023b). Multi-Criteria Decision Making (MCDM) Methods and Concepts. *Encyclopedia*, *3*(1), 77–87. https://doi.org/10.3390/encyclopedia3010006

Taherdoost, H., & Madanchian, M. (2023c). Multi-Criteria Decision Making (MCDM) Methods and Concepts. *Encyclopedia*, *3*(1), 77–87. https://doi.org/10.3390/encyclopedia3010006

Tamošaitienė, J., Zavadskas, E. K., & Turskis, Z. (2013). Multi-criteria risk assessment of a construction project. *Procedia Computer Science*, *17*, 129–133. https://doi.org/10.1016/j.procs.2013.05.018

Teisberg, E., Wallace, S., & O'Hara, S. (2020). Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. Dalam *Academic Medicine* (Vol. 95, Nomor 5, hlm. 682–685). Wolters Kluwer Health. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003122

UU Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

UU Nomor 44 Tahun 2009 (1) (2009).

Wahono, R. S. (2015). A Systematic Literature Review of Software Defect Prediction: Research Trends, Datasets, Methods and Frameworks. *Journal of Software Engineering*, *1*(1). http://journal.ilmukomputer.org

Weygandt Jerry J., Kimmel Paul D., & Kieso Donald E. (2016). *ACCOUNTING PRINCIPLES* (12 ed.). Willey.

Witasari, D., & Jumaryadi, Y. (t.t.). *APLIKASI PEMILIHAN KARYAWAN TERBAIK DENGAN METODE SIMPLE ADDITIVE WEIGHTING (STUDI KASUS CITRA WIDYA TEKNIK)*. Teknologi Informatika dan Komputer. https://jurnal.umj.ac.id/index.php/just-it

LAMPIRAN

Lampiran 1 Total Biaya RSUD X tahun 2023

