

# Bukti Korespondensi

## Submission Acknowledgement

The screenshot shows a Gmail interface with a search bar containing "balance". The email subject is "[Balance] Submission Acknowledgement" with an "External" label. The sender is Dedi Suselo, and the recipient is Muhammad. The email content states that Muhammad Alhada Fuadilah Habib has submitted a manuscript titled "EFISIENSI LAYANAN KESEHATAN: ANALISIS KOS METODE TIME DRIVEN ACTIVITY BASED COSTING (TDABC) PADA LAYANAN BEDAH CÉSAR DI RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA" to the journal "BALANCE: JOURNAL OF ISLAMIC ACCOUNTING". The email is dated Wednesday, July 5, 2023, at 9:52 PM. The interface includes a left sidebar with navigation options like Compose, Mail, Chat, Meet, and Labels, and a bottom row of action buttons: Reply, Reply all, and Forward.

# Editor Decision 1

The screenshot shows a Gmail interface with the following elements:

- Browser Address Bar:** mail.google.com/mail/u/0/#search/balance/FMfcgzGtwVxkLxDsnQcJgCdqcWFlhdfk
- Search Bar:** balance
- Left Sidebar:** Compose, Mail (99+), Chat, Meet, and a list of folders: Inbox (562), Starred, Snoozed, Sent, Drafts (2), and More. Labels are also visible.
- Email Header:** [Balance] Editor Decision (Inbox x)
- Sender:** Ahmad Nizar Yogatama <ejournal@uinsatu.ac.id> to me, Muhammad
- Date:** Wed, Aug 2, 2023, 10:06 AM
- Recipient:** Faizal Satria Desitama, Muhammad Alhuda Fuadillah Habi:
- Body Text:**

We have reached a decision regarding your submission to **BALANCE: JOURNAL OF ISLAMIC ACCOUNTING, "EFISIENSI LAYANAN KESEHATAN: ANALISIS KOS METODE TIME DRIVEN ACTIVITY BASED COSTING (TDABC) PADA LAYANAN BEDAH CESAR DI RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA"**.

Our decision is to: accept submission

Ahmad Nizar Yogatama  
Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Asia Malang (SINTA ID: 6092242)  
Phone 08125214200  
[ahmadyogatama@gmail.com](mailto:ahmadyogatama@gmail.com)
- Attachment:** One attachment • Scanned by Gmail. The attachment is a document titled "A-8092-Article Te...".

# Editor Decision 2

The screenshot shows a Gmail interface with a search bar containing 'balance'. The email being viewed is from Ahmad Nizar Yogatama, dated Monday, August 7, 2023, at 10:41 PM. The subject is '[Balance] Editor Decision'. The email content includes a 'Translate to English' button, the name of the recipient (Faizal Satria Desitama, Muhammad Alhada Fuadilah Habib), and a message stating that the editing of the submission 'EFISIENSI LAYANAN KESEHATAN: ANALISIS KOS METODE TIME DRIVEN ACTIVITY BASED COSTING (TDABC) PADA LAYANAN BEDAH CESAR DI RS PKU MUHAMMADYAH YOGYAKARTA' is complete and being sent to production. A submission URL is provided: <https://ejournal.uinsatu.ac.id/index.php/jas/authorDashboard/submission/8092>. The sender's contact information is also listed: Ahmad Nizar Yogatama, Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi Asia Malang (SINTA ID: 6092242), Phone 08125214200, and email [ahmadyogatama@gmail.com](mailto:ahmadyogatama@gmail.com). At the bottom of the email, there are buttons for 'Reply', 'Reply all', and 'Forward'.

**EFISIENSI LAYANAN KESEHATAN: ANALISIS KOS METODE TIME DRIVEN  
ACTIVITY BASED COSTING (TDABC) PADA LAYANAN BEDAH CESAR DI RS PKU  
MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

Faizal Satria Desitama<sup>1\*</sup>, Muhammad Alhada Fuadilah Habib<sup>2</sup>  
UIN Sayyid Ali Rahmatullah Tulungagung<sup>1,2</sup>  
faizalsatria6@uinsatu.ac.id<sup>1</sup>, m.alhada@uinsatu.ac.id<sup>2</sup>

**ABSTRAK**

Perbedaan tarif antara layanan bedah cesar yang ditetapkan rumah sakit dan klaim BPJS Kesehatan menyebabkan rumah sakit harus menanggung selisih biaya tersebut. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi efisiensi dalam layanan bedah cesar dengan menerapkan metode Time Driven Activity Based Costing (TDABC) di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Studi ini menggunakan pendekatan kualitatif melalui strategi studi kasus. Subjek penelitian dipilih menggunakan purposive sampling yang melibatkan lima informan dari berbagai unit biaya (cost pool). Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam serta dokumentasi keuangan internal. Hasil penelitian mengungkap adanya ketidakefisienan pada unit biaya Akomodasi dan Cleaning Service. Ketidakefisienan layanan bedah cesar diidentifikasi melalui analisis utilisasi kapasitas sebagai hasil dari perhitungan metode TDABC. Langkah-langkah dalam analisis ini meliputi: (1) Identifikasi Kelompok Biaya, (2) Perhitungan total biaya tiap kelompok biaya, (3) Estimasi kapasitas praktis dan tingkat biaya kapasitas (capacity cost rate), (4) Estimasi waktu yang dibutuhkan tiap Kelompok biaya, (5) Perhitungan biaya, serta (6) Analisis utilisasi kapasitas guna menentukan tingkat ketidakefisienan berdasarkan kapasitas yang digunakan dibandingkan kapasitas yang tidak termanfaatkan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan wawasan bagi manajemen rumah sakit dalam mengoptimalkan kapasitas yang tidak terpakai, meningkatkan efisiensi biaya, serta memperbaiki proses layanan kesehatan.

**Kata kunci:** Pengurangan Biaya, Biaya berbasis aktivitas yang dipicu oleh Waktu, Analisis pemanfaatan kapasitas, bedah cesar

**Abstract**

*The difference in rates between cesarean section services set by the hospital and BPJS Kesehatan claims results in the hospital having to bear the cost discrepancy. This research evaluates the efficiency of cesarean section services using the Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC) method at RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. A qualitative approach with a case study strategy is applied. Study subjects were selected through purposive sampling, involving five informants from different cost pool units. Data collection was conducted via in-depth interviews and internal financial records. The findings indicate inefficiencies in Accommodation and Cleaning Service cost units. These inefficiencies were identified through capacity utilization analysis based on*

TDABC calculations. The analysis consists of: (1) Identifying cost pools, (2) Calculating total costs per cost pool, (3) Estimating practical capacity and cost rates, (4) Assessing time requirements for each cost pool, (5) Computing costs, and (6) Evaluating capacity utilization to measure inefficiency based on used versus unused capacity. The results of this study are expected to provide insights for hospital management in optimizing unused capacity, improving cost efficiency, and enhancing healthcare service processes.

**Keywords:** Cost reduction, Time Driven Activity Based Costing (TDABC), capacity utilization, cesarean surgery.

## **PENDAHULUAN**

Pembangunan di bidang kesehatan merupakan bagian integral dari agenda pembangunan nasional. Sesuai dengan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992, tujuan utama dari pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, serta kemampuan individu dalam menjalani pola hidup sehat, sehingga dapat tercapai tingkat kesehatan masyarakat yang optimal.

Untuk memastikan sistem perlindungan sosial dan kesehatan bagi seluruh warga negara, pemerintah membentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Lembaga ini diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 dan terbagi menjadi BPJS Kesehatan serta BPJS Ketenagakerjaan. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan mulai diberlakukan sejak 1 Januari 2014. Program ini bertujuan untuk menjamin akses layanan kesehatan melalui manfaat pemeliharaan kesehatan, guna memenuhi kebutuhan dasar kesehatan setiap individu, baik bagi peserta mandiri maupun mereka yang biaya iurannya ditanggung oleh pemerintah.

Dari sudut pandang penyedia Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKRTL), tidak semua rumah sakit memutuskan untuk menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan. Hingga tahun 2020, sebanyak 2.507 dari total 2.985 rumah sakit di Indonesia telah bermitra dengan BPJS Kesehatan, yang berarti sekitar 16% rumah sakit masih belum terafiliasi. Berdasarkan data dari Jaminan

<sup>1</sup> Humas BPJS Kesehatan. 2017. *Masuki Tahun ke-4, BPJS Kesehatan Upayakan Program JKN-KIS Makin Berkualitas*. Diakses pada 22 Februari 2018 dari <http://bpjs-kesehatan.go.id/BPJS/index.php/post/read/2017/426/Masuki-Tahun-ke-4-BPJS-Kesehatan-Upayakan-Program-JKN-KIS-Makin-Berkualitas>.

Kesehatan Indonesia, alasan utama sebagian rumah sakit belum bekerja sama adalah tingginya beban finansial akibat sistem pembayaran INA-CBG's yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan, terutama bagi rumah sakit swasta..

Oleh karena itu, rumah sakit perlu mengelola keuangan mereka dengan lebih cermat dalam menerapkan sistem INA-CBG's. Beberapa prosedur medis yang tidak efisien dari segi biaya atau tindakan yang sebetulnya tidak diperlukan bagi pasien dapat membuat tarif INA-CBG's tampak lebih rendah dibandingkan total biaya sebenarnya. Hal ini dapat berpotensi menghambat keberlangsungan finansial rumah sakit dan berisiko terhadap keberlanjutan operasionalnya.

Rumah Sakit Pembina Kesejahteraan Umat (PKU) Muhammadiyah Yogyakarta merupakan rumah sakit swasta tipe B yang telah menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan sejak awal pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada 1 Januari 2014. Dalam perjalanan kemitraan ini, rumah sakit menetapkan beberapa tarif layanan yang lebih rendah dibandingkan dengan klaim tarif yang diberikan oleh BPJS Kesehatan. Sebagai institusi nirlaba, rumah sakit menghadapi tantangan besar dalam menjaga keberlanjutan operasionalnya karena lebih mengutamakan aspek sosial daripada keuntungan. Oleh sebab itu, optimalisasi kinerja sangat diperlukan, terutama dalam aspek biaya layanan yang cenderung lebih tinggi dibandingkan tarif yang ditetapkan oleh INA-CBGs..

Sejak bermitra dengan BPJS pada tahun 2014, jumlah pasien BPJS yang mengakses layanan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta terus mengalami peningkatan. Bahkan, pada tahun 2016 dan 2017, jumlah pasien BPJS melampaui pasien umum, dengan total 69.146 kunjungan pada tahun 2016 dan meningkat menjadi 72.931 kunjungan di tahun berikutnya. Sebaliknya, jumlah pasien umum mengalami penurunan yang cukup signifikan, yaitu dari 63.702 kunjungan pada tahun 2016 menjadi 57.654 kunjungan pada tahun 2017.<sup>2</sup>

Salah satu tantangan yang sering muncul seiring dengan peningkatan jumlah pasien BPJS Kesehatan adalah adanya perbedaan negatif antara tarif INA-CBGs dan tarif yang ditetapkan oleh rumah sakit. Ketidakeimbangan ini terjadi karena besaran klaim tarif INA-CBGs lebih rendah dibandingkan dengan tarif standar yang diberlakukan oleh rumah sakit.

---

<sup>2</sup>Data Jumlah Kunjungan Pasien RS dari data Internal RS PKU Muhammadiyah

Kasus yang paling sering mengalami perbedaan tarif yang signifikan adalah layanan kesehatan dengan biaya operasional tinggi, seperti prosedur bedah cesar. Dalam situasi ini, rumah sakit harus menanggung kekurangan biaya akibat selisih negatif yang terjadi.

Sejak RS PKU Muhammadiyah menjalin kerja sama dengan BPJS Kesehatan pada periode 2014 hingga 2017, perbedaan tarif negatif terus terjadi, dengan rata-rata selisih sebesar Rp 400 juta. Hingga tahun 2015, rumah sakit ini belum melakukan evaluasi tarif ulang. Dengan meningkatnya inflasi, diperkirakan biaya operasional rumah sakit akan melampaui jumlah klaim yang diberikan oleh INA-CBGs, sehingga rumah sakit harus menanggung selisih tersebut. Hal serupa juga diungkapkan dalam penelitian Kusumaningtyas dkk. (2013) yang meneliti biaya prosedur operasi bedah cesar di RSUD Tugurejo Semarang. Penelitian tersebut menemukan bahwa tarif INA-CBGs untuk tindakan bedah cenderung lebih rendah dibandingkan dengan perhitungan biaya aktual rumah sakit, sementara untuk tindakan non-bedah, tarif INA-CBGs justru lebih tinggi.

Berdasarkan permasalahan tersebut, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta perlu meningkatkan efisiensi dalam pelayanan kesehatan, terutama untuk layanan bedah cesar. Biaya layanan kesehatan yang diperkirakan melebihi tarif INA-CBGs harus menjadi perhatian utama bagi manajemen rumah sakit. Oleh karena itu, diperlukan perbaikan dalam metode pelayanan agar lebih efisien tanpa mengorbankan kualitas layanan yang diberikan kepada pasien. Manajemen rumah sakit juga membutuhkan data biaya yang akurat untuk mendukung pengambilan keputusan yang lebih tepat serta optimalisasi sumber daya yang tersedia.

Pendekatan TDABC diharapkan mampu membantu pihak manajemen rumah sakit dalam menghitung biaya layanan kesehatan dengan tingkat akurasi yang lebih tinggi. Metode ini dirancang untuk mendukung proses pengambilan keputusan, mengoptimalkan efisiensi penggunaan sumber daya, mengidentifikasi peluang perbaikan dalam operasional, serta meminimalkan pemborosan biaya.<sup>3</sup>

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta dengan fokus utama pada analisis biaya layanan bedah cesar. Tujuan utama penelitian ini adalah untuk

---

<sup>3</sup> Anzai, Y., Heilbrun, M. E., Haas, D., Boi, L., Moshre, K., Minoshima, S., Kaplan, R., & Lee, V. S. (2017). Dissecting Costs of CT Study: Application of TDABC (Time-driven Activity-based Costing) in a Tertiary Academic Center. *Academic Radiology*, 24(2), 200–208. <https://doi.org/10.1016/j.acra.2016.11.001>

mengidentifikasi tingkat ketidakefisienan dalam penyediaan layanan bedah cesar di rumah sakit tersebut. Oleh karena itu, ruang lingkup penelitian ini lebih menitikberatkan pada aspek efisiensi biaya dalam penggunaan sumber daya di Kamar Operasi / Instalasi Bedah Sentral serta, Layanan Kebersihan oleh Cleaning Service pada Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

## 2. TINJAUAN LITERATUR

### Bedah Cesar

Bedah cesar (seksio caesaria) merupakan prosedur pembedahan dalam bidang obstetri yang dilakukan untuk melahirkan bayi melalui sayatan pada dinding perut dan rahim. Prosedur ini hanya direkomendasikan apabila manfaat yang diperoleh lebih besar dibandingkan risiko jika persalinan normal tetap dilakukan. Bedah cesar dapat menyebabkan komplikasi sebelum, selama, maupun setelah prosedur dilakukan. Oleh karena itu, dokter akan melakukan evaluasi menyeluruh sebelum memutuskan apakah tindakan ini diperlukan atau jika persalinan dapat dilakukan secara normal.

### Biaya

Manajemen rumah sakit memiliki tanggung jawab dalam mengawasi berbagai aktivitas operasional guna memastikan keberlangsungan usaha tetap terjaga. Agar dapat bertahan dalam jangka panjang, rumah sakit membutuhkan informasi yang akurat, terutama dalam aspek biaya. Data yang tepat sangat diperlukan untuk mendukung proses perencanaan, pengendalian, serta pengambilan keputusan secara efektif dan efisien.

Biaya dapat didefinisikan sebagai penggunaan sumber daya ekonomi yang dinilai dalam satuan uang, baik yang telah dikeluarkan maupun yang akan digunakan, dengan tujuan tertentu. Secara umum, biaya mencerminkan pengeluaran yang dapat mengurangi aset, seperti kas atau bentuk kekayaan lainnya, guna mencapai suatu target, baik untuk kepentingan jangka pendek maupun jangka panjang. Oleh karena itu, biaya dapat dipahami sebagai pengorbanan sumber daya ekonomi, baik yang telah terjadi maupun yang akan datang, yang diukur dalam nilai moneter untuk memperoleh manfaat di masa sekarang atau mendatang.

### Perkembangan Akuntansi Biaya

Akuntansi biaya merupakan suatu rangkaian proses yang meliputi pencatatan, penggolongan, penyusunan ringkasan, serta penyajian informasi terkait biaya yang timbul dalam kegiatan produksi dan penjualan barang maupun jasa, yang dilengkapi dengan analisisnya. Secara



umum, tujuan utama dari akuntansi biaya mencakup: (1) Menentukan harga pokok produk, (2) Mengontrol pengeluaran, dan (3) Memberikan dasar bagi pengambilan keputusan strategis.

Akuntansi biaya tradisional awalnya dirancang untuk perusahaan manufaktur yang masih menggunakan teknologi mekanik. Seiring kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, kondisi industri modern mengalami perubahan signifikan dibandingkan dengan era revolusi industri, yang menjadi dasar penyusunan sistem akuntansi biaya tradisional. Meningkatnya otomatisasi dalam proses produksi menyebabkan biaya overhead menjadi lebih dominan. Selain itu, pergeseran dari strategi produksi massal ke strategi berbasis nilai pelanggan meningkatkan variasi produk yang dihasilkan, sehingga setiap produk memerlukan perhitungan biaya yang lebih spesifik<sup>4</sup>. Perubahan besar dalam operasional pabrik modern menyebabkan informasi biaya yang dihasilkan oleh sistem akuntansi biaya tradisional tidak lagi dapat mencerminkan konsumsi sumber daya secara akurat dalam proses produksi. Oleh karena itu, diperlukan perancangan ulang sistem akuntansi biaya yang lebih sesuai untuk menggambarkan penggunaan sumber daya dalam setiap aktivitas produksi.

Pada awal tahun 1990-an, Consortium of Advanced Manufacturing-International (CAM-I) mengembangkan metode baru dalam akuntansi biaya yang dikenal sebagai Activity-Based Costing (ABC). Metode ini muncul sebagai solusi atas ketidaktepatan dalam alokasi biaya overhead yang terjadi pada sistem akuntansi biaya tradisional. ABC bekerja dengan menelusuri biaya tidak langsung dan biaya pendukung, mengalokasikannya terlebih dahulu ke aktivitas, kemudian membebankan biaya tersebut ke pesanan, produk, dan pelanggan berdasarkan jumlah aktivitas yang dikonsumsi oleh masing-masing elemen tersebut.

Dalam praktiknya, penggunaan metode Activity-Based Costing (ABC) mulai ditinggalkan oleh banyak perusahaan. Berdasarkan survei yang dilakukan oleh Rigby (2003) terkait pemanfaatan alat manajemen, kurang dari 50% responden menyatakan bahwa mereka tidak menerapkan ABC sebagai sistem manajemen dalam perusahaan mereka. Banyak organisasi mengalami kegagalan dalam implementasi ABC atau bahkan secara sengaja membatalkannya akibat berbagai tantangan, seperti hambatan dalam teknologi informasi maupun kendala perilaku yang muncul di lingkungan kerja.

Sebagai solusi alternatif, metode Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC) dikembangkan untuk mengatasi berbagai keterbatasan yang terdapat dalam sistem ABC tradisional. Pendekatan ini menjadikan estimasi waktu sebagai elemen utama dalam penentuan

biaya, yang dikenal sebagai time driver. Dengan menerapkan metode ini, estimasi durasi yang diperlukan untuk menyelesaikan suatu aktivitas dapat dihitung dengan lebih presisi. Hal ini memungkinkan manajer untuk membuat keputusan dengan lebih cepat dan akurat, karena TDABC lebih menitikberatkan pada aspek waktu dibandingkan faktor cost driver lainnya. Selain itu, metode ini juga berkontribusi dalam mengurangi durasi serta jumlah aktivitas yang berkaitan dengan cost driver.

Keunggulan TDABC terletak pada kemampuannya untuk menggantikan sistem ABC yang cenderung mahal dan kompleks. TDABC memberikan data yang lebih akurat, mudah diakses, serta dapat dianalisis secara cepat dan efisien, sehingga membantu manajemen dalam proses pengambilan keputusan yang lebih efektif.

Kaplan dan Anderson (2007) mengidentifikasi sepuluh keunggulan dari pendekatan Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC), di antaranya :

- a. Proses pembuatan model menjadi lebih cepat dan lebih mudah dengan tingkat akurasi yang tinggi;
- b. Dapat terintegrasi secara optimal dengan sistem yang sudah ada, seperti Customer Relationship Management (CRM) dan Enterprise Resource Planning (ERP);
- c. Biaya dapat dialokasikan secara lebih spesifik berdasarkan karakteristik transaksi, pesanan, proses, dan pelanggan tertentu;
- d. Memungkinkan pelaksanaan perhitungan secara rutin setiap bulan guna menangkap perubahan nilai ekonomi operasional terbaru;
- e. Memberikan gambaran yang lebih jelas dalam mengelola efisiensi dan pemanfaatan kapasitas yang tersedia;
- f. Dapat memperkirakan kebutuhan sumber daya sehingga membantu perusahaan dalam menyusun anggaran berdasarkan perkiraan jumlah dan tingkat kompleksitas;
- g. Skalabilitasnya memungkinkan penerapan pada berbagai model bisnis melalui teknologi basis data dan perangkat lunak enterprise yang fleksibel;
- h. Pemeliharaan model dapat dilakukan dengan lebih cepat dan biaya yang lebih rendah;
- i. Menyediakan informasi yang lebih rinci untuk membantu mengidentifikasi sumber utama permasalahan; dan

- j. Dapat diterapkan pada berbagai industri atau perusahaan dengan tingkat kompleksitas tinggi dalam aspek pelanggan, produk, saluran distribusi, segmen bisnis, serta proses yang melibatkan banyak sumber daya dan investasi modal besar.

## **METODE PENELITIAN**

### **Desain Penelitian**

Penelitian ini mengadopsi metode kualitatif dengan tujuan memahami pengalaman yang dialami oleh subjek penelitian. Pendekatan ini dilakukan dengan menyajikan hasil penelitian dalam bentuk deskriptif menggunakan bahasa yang sesuai dengan konteks ilmiah. Untuk memperoleh data yang lebih komprehensif, penelitian ini menerapkan berbagai metode ilmiah.<sup>5</sup>

Dalam pelaksanaannya, penelitian ini menggunakan metode studi kasus. Pendekatan tersebut dipilih untuk menganalisis serta menggambarkan suatu entitas tertentu secara mendalam, baik itu individu, program, peristiwa, intervensi, maupun komunitas dalam suatu sistem yang memiliki batasan tertentu.<sup>34</sup>

### **Teknik Pengumpulan Data**

Penelitian ini menggunakan dua metode pengumpulan data, Primer dan sekunder. Data primer dikumpulkan melalui wawancara mendalam serta dokumentasi, sedangkan data sekunder diperoleh dari studi pustaka dan penelaahan dokumen terkait. Wawancara dilakukan terhadap lima informan yang dipilih menggunakan teknik purposive di Rumah Sakit. Informan tersebut terdiri dari Staf Klarifikasi Biaya, staf Instalasi Bedah Sentral, karyawan Cleaning Service, staf Unit Sanitasi, serta staf Linen.<sup>1</sup>

Data Sekunder pada penelitian ini ialah data laporan keuangan RS PKU Muhammadiyah, data profile RS PKU Muhammadiyah, dan data Tarif Layanan Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

### **Analisis Data**

Analisis data dilakukan untuk menghitung biaya layanan bedah cesar dengan menggunakan metode Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC). Metode ini digunakan untuk menentukan

<sup>5</sup> Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian: Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta

biaya layanan serta mengidentifikasi ketidakefisienan dalam penyediaan layanan melalui analisis pemanfaatan kapasitas. Adapun tahapan dalam penerapan metode TDABC mencakup :

- a. Mengidentifikasi kelompok sumber daya yang digunakan;
- b. Memperkirakan total biaya pada setiap kelompok biaya;
- c. Menentukan kapasitas praktis dari masing-masing kelompok biaya, misalnya jumlah jam kerja yang tersedia setelah mengurangi waktu libur, rapat, dan pelatihan;
- d. Mengestimasi waktu yang dibutuhkan untuk setiap aktivitas berdasarkan karakteristik kegiatan tersebut;
- e. Menghitung biaya operasi dengan menggunakan model TDABC; dan
- f. Melakukan evaluasi atas pemanfaatan kapasitas guna mengukur tingkat ketidakefisienan dengan membandingkan kapasitas yang dimanfaatkan dan yang tidak terpakai.

#### **Validitas dan Reliabilitas Data**

Dalam metode penelitian kualitatif, validitas dan reliabilitas menjadi dua aspek penting dalam pengujian data. Data dianggap valid jika informasi yang diperoleh sesuai dengan kondisi sebenarnya dari objek yang diteliti. Sementara itu, reliabilitas mengacu pada kesesuaian pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini dengan penelitian lainnya. Untuk memastikan validitas data, penelitian ini menerapkan teknik triangulasi.<sup>6</sup>

Dalam penelitian ini, validitas data diuji menggunakan metode member check. Member check merupakan teknik verifikasi data dengan cara mengonfirmasi informasi yang diperoleh peneliti kepada sumber data. Metode ini bertujuan untuk memastikan sejauh mana data yang dikumpulkan sesuai dengan informasi yang diberikan oleh responden. Jika data yang diperoleh telah dikonfirmasi dan disepakati oleh sumbernya, maka data tersebut dapat dianggap valid, sehingga meningkatkan kredibilitas serta kepercayaan terhadap hasil penelitian.<sup>7</sup>

#### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

Di bawah ini terdapat ilustrasi yang menggambarkan alur proses bisnis dalam prosedur bedah sesar yang berlangsung di Instalasi Bedah Sentral RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

---

<sup>6</sup> |bid

<sup>7</sup> |bid



**Gambar 1. Proses bisnis dari Tindakan Operasi Bedah Sesar**

1 Pada Gambar 1 di atas, prosedur **bedah cesar** diawali dengan evaluasi **dari dokter spesialis kandungan** terhadap **pasien yang** memiliki indikasi untuk menjalani operasi. Setelah pasien mendapatkan penjelasan mengenai prosedur dan menyetujui tindakan operasi melalui *informed consent*, operasi baru dapat dilaksanakan, dengan persetujuan tambahan dari dokter anestesi.

Tim medis, termasuk perawat bedah dan perawat anestesi, akan menyiapkan peralatan medis, obat-obatan yang diresepkan oleh dokter, serta paket standar bahan habis pakai (BHP) yang dibutuhkan dalam operasi. Sebelum dan setelah prosedur dilakukan, petugas kebersihan akan memastikan ruang operasi tetap steril dengan membersihkannya secara menyeluruh. Sementara itu, unit Linen serta Unit Sanitasi atau Limbah bertanggung jawab dalam menangani linen kotor serta limbah medis yang dihasilkan dari proses operasi.

#### 1 Tahapan Perhitungan Kos Bedah Cesar dengan model TDABC

##### i. 2 Identifikasi Kelompok Biaya

Langkah pertama dalam penerapan model TD-ABC adalah mengidentifikasi berbagai kelompok sumber daya atau kategori biaya yang berkaitan dengan kegiatan operasional, baik di Instalasi Bedah Sentral (IBS) maupun di unit pendukung lainnya. Dalam pelaksanaan operasi sesar, beberapa komponen biaya yang terlibat mencakup jasa tenaga medis, seperti dokter spesialis dan dokter anestesi, serta pengeluaran untuk bahan habis pakai (BHP) dan obat-obatan. Selain itu, terdapat pula biaya akomodasi, layanan kebersihan, pengelolaan limbah, serta kebutuhan linen.

##### ii. 5 Penentuan Biaya Total untuk Setiap Kelompok Biaya

Setelah melakukan identifikasi terhadap kelompok sumber daya, tahap selanjutnya adalah menghitung total biaya yang dikeluarkan untuk setiap kategori biaya. Jumlah biaya ini menggambarkan pengeluaran riil yang terjadi di Instalasi Bedah Sentral serta unit pendukung di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2017.

Rincian biaya total untuk tiap Kelompok biaya akan disajikan dalam tabel berikut.

**Tabel 1. Total biaya masing- masing Kelompok Biaya**

No	Kelompok Biaya	Besaran Biaya
1	Dokter Obgyn	Rp 78,499,273
2	Dokter Pembiusan (Spesialis Anestesi)	Rp 33,548,572
3	Obat dan Bahan Habis Pakai	Rp 49,580,113
4	Layanan kamar / Akomodasi	Rp 1,728,710,859
5	Layanan Kebersihan / Cleaning Service	Rp 69,576,576
6	Layanan Limbah	Rp 36,240,672
7	Layanan Linen	Rp 122,286,839

Pada Tabel di atas, kelompok biaya jasa medis—termasuk dokter spesialis dan dokter anestesi—serta biaya bahan habis pakai (BHP) dan obat-obatan dikategorikan sebagai biaya langsung dalam prosedur operasi caesar. Oleh karena itu, biaya ini dapat langsung ditelusuri berdasarkan jumlah tindakan operasi caesar yang dilakukan. Sementara itu, kelompok biaya yang mencakup akomodasi, layanan kebersihan, pengelolaan limbah, dan kebutuhan linen tergolong sebagai biaya tidak langsung dari seluruh prosedur operasi yang dilakukan. Oleh karena itu, diperlukan analisis lebih lanjut untuk menentukan alokasinya secara tepat.

### iii. Menentukan Capacity Cost Rate

Tahap berikutnya dalam perhitungan menggunakan model TDABC adalah menetapkan kapasitas praktis serta menghitung capacity cost rate untuk setiap Kelo. Kapasitas praktis dari kelompok biaya akomodasi dan layanan kebersihan disajikan dalam Tabel 2.

**Tabel 2. Kapasitas praktis dari kelompok biaya layanan kamar/akomodasi dan layanan kebersihan /cleaning service**

Kelompok Biaya	Karyawan / staf	Teorical Capacity (menit)	Idle Time (menit)			Kapasitas Praktis (menit)*
			Istirahat	Peningkatan	Cuti	

				kompetensi diri, Kajian dan Senam pagi rutin		
Akomodasi	17	2056320	220320	61200	85680	1689120
Cleaning Service	3	374400	46800	10800	7200	309600

Dalam tabel tersebut, jumlah tenaga kerja yang bertugas di bagian akomodasi sebanyak 17 orang, sedangkan di bagian layanan kebersihan terdapat 3 orang. Kapasitas teoritis untuk akomodasi dihitung berdasarkan rumus: 17 karyawan x 60 menit x 8 jam x 26 hari x 12 bulan. Sementara itu, kapasitas teoritis layanan kebersihan dihitung dengan rumus: 2,5 karyawan x 60 menit x 8 jam x 26 hari x 12 bulan. Kolom idle time dalam tabel tersebut menunjukkan akumulasi waktu menganggur dalam satu tahun. Kapasitas praktis diperoleh dengan mengurangi kapasitas teoritis dengan idle time.

**Tabel 3. Capacity cost rate dari kelompok biaya akomodasi dan cleaning service**

No	Kelompok Biaya	Rate Biaya Kapasitas
1	Layanan kamar inap /Akomodasi	Rp 1.023,44 tiap menit
2	Layanan Kebersihan/CS	Rp 224,73 tiap menit

Tabel di atas, Rate Biaya Kapasitas diketahui melalui pembagian antara total biaya tiap kelompok biaya dengan kapasitas praktisnya.

Sementara itu, kelompok biaya yang berkaitan dengan pengelolaan limbah dan linen dialokasikan menggunakan metode berbasis bobot skor faktor pada setiap segmen operasi. Dalam hal ini, operasi caesar dikategorikan sebagai bagian dari kelompok operasi besar. Bobot skor faktor merupakan hasil perhitungan dari tingkat kesulitan prosedur yang ditangani oleh dokter serta durasi waktu yang dibutuhkan selama operasi berlangsung.

**Tabel 4. Pembobotan skor faktorisasi untuk masing-masing segmentasi operasi**

No	Segmentasi Operasi	Skor
A	Kecil	5
B	Sedang	7
C	Besar	8
D	Khusus	9
E	Canggih	9
Total		33 48

Dalam Tabel 4, bobot skor faktor memiliki rentang nilai antara 1 hingga 10, di mana angka 1 menunjukkan bobot terendah, sedangkan skor tertinggi pada skor 10.

**iv. Menentukan Perkiraan Waktu yang Diperlukan oleh Setiap Kelompok Biaya dalam Menjalankan Aktivitas**

Tahap berikutnya adalah memperkirakan waktu yang diperlukan oleh setiap kategori biaya dalam melaksanakan aktivitas atau prosesnya. Estimasi ini dihitung berdasarkan hasil wawancara dengan pihak-pihak terkait. Dari wawancara tersebut, diperoleh rumusan waktu yang kemudian disusun dalam bentuk estimasi untuk masing-masing jenis prosedur operasi.

Dalam prosedur operasi caesar, perkiraan waktu yang dibutuhkan oleh kelompok biaya layanan kamar / akomodasi untuk setiap tindakan operasi adalah 4 jam atau 240 menit.

Sementara itu, estimasi waktu untuk kelompok biaya layanan kebersihan (cleaning service) mencakup proses pembersihan di setiap segmen operasi. Operasi caesar termasuk dalam kategori operasi besar, dengan estimasi waktu pembersihan per tindakan operasi sekitar 46,7 menit.

**v. Perhitungan Biaya Operasi Caesar dengan Model TDABC**

Pada tahap ini, perhitungan biaya operasi caesar dilakukan dengan menjumlahkan biaya langsung—yang terdiri dari jasa medis serta bahan habis pakai (BHP) dan obat-obatan—dengan biaya tidak langsung, yang mencakup jasa akomodasi, layanan kebersihan, pengelolaan pengelolaan limbah, dan layanan linen.

**A. Biaya Langsung**

Biaya langsung dalam prosedur operasi caesar dialokasikan dengan membagi total biaya dari setiap kelompok biaya dengan jumlah tindakan operasi caesar yang dilakukan pada tahun 2017.

**Tabel 6. Alokasi biaya langsung tindakan bedah cesar**

Kelompok Biaya	Nominal	Pemicu biaya	Alokasi tiap operasi cesar ( <i>seksio caesaria</i> )
Biaya BHP dan Obat	Rp 49,580,114	86	Rp 576,512,95
Jasa Dokter <i>Obgyn</i>	Rp 78,499,273	86	Rp 912,782,25
Jasa Dokter Anestesi	Rp 33,548,572	86	Rp 390,099,67
<b>Total</b>			<b>Rp 1,879,394.87</b>

Dalam Tabel 6, tercatat jumlah tindakan operasi caesar sebanyak 86 prosedur. Oleh karena itu, biaya langsung dialokasikan secara proporsional dengan membagi total biaya langsung ke dalam 86 tindakan tersebut.

**B. Biaya Tidak Langsung**



Dalam prosedur operasi caesar di Rumah Sakit, biaya tidak langsung mencakup akomodasi, layanan kebersihan, pengelolaan layanan Linen, dan limbah. Berikut adalah rincian alokasi biaya tidak langsung berdasarkan masing-masing kelompok biaya.

**a) Kelompok Biaya Akomodasi**

Pelaksanaan operasi caesar memerlukan waktu total sebesar 240 menit dari kelompok biaya akomodasi. Dengan kapasitas biaya per menit sebesar Rp 224.73, maka alokasi biaya akomodasi untuk setiap tindakan operasi caesar adalah Rp 245.625,30 (240 menit × Rp224,73 per menit)

**b) Kelompok Biaya Layanan Kebersihan**

Operasi besar dikategorikan sebagai bagian dari segmen operasi besar. Estimasi waktu yang dibutuhkan untuk proses pembersihan dalam setiap segmen operasi besar adalah 46,7 menit. Dengan kapasitas biaya layanan kebersihan sebesar Rp 224.73 per menit, maka alokasi biaya untuk satu prosedur operasi besar (termasuk operasi caesar) adalah Rp10.494,92 (46,7 menit × Rp224,73 per menit)..

**c) Kelompok Biaya Layanan Limbah**

Total alokasi biaya untuk kelompok biaya layanan limbah di Instalasi Bedah Sentral (IBS) mencapai Rp36.240.672..

**Tabel 7. Alokasi Kelompok Biaya Layanan Limbah**

Alokasi biaya Limbah untuk IBS					Rp 36.240.671,58
No	Segmentasi Operasi	Kuantitas (A)	Bobot (B)	Total Bobot (AxB)	Alokasi Biaya*
1	Operasi Kecil	94	5	470	Rp 553.778.3
2	Sedang	723	7	5.061	Rp 5.963.132.8
3	Besar	1.071	8	8.568	Rp 10.095.262.1
4	Khusus	1.295	9	11.655	Rp 13.732.525.7
5	Canggih	556	9	5.004	Rp 5.895.972.4
<b>Total</b>		<b>3.739</b>		<b>30.758</b>	<b>Rp 36.240.671.5</b>

Dalam Tabel 7, kolom total bobot diperoleh dari hasil perkalian antara bobot masing-masing segmen operasi dengan jumlah segmen operasi yang dilakukan. Untuk kategori operasi besar, alokasi biaya yang ditetapkan adalah Rp10.095.262,18. Dengan total jumlah segmen operasi besar sebanyak 1.071 prosedur, maka setiap operasi caesar—yang termasuk dalam kategori ini—mendapatkan alokasi biaya sebesar Rp9.426,02 (Rp10.095.262,18 ÷ 1.071 operasi besar).

**d) Alokasi Biaya Kelompok Biaya Layanan Linen**

Total biaya yang dialokasikan untuk Kelompok biaya layanan linen di Instalasi Bedah Sentral (IBS) mencapai Rp 122.286.839. Distribusi alokasi biaya dari kelompok biaya linen dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 8. Alokasi kelompok biaya layanan linen**

Alokasi biaya Linen untuk IBS sebesar					Rp 122, 286, 839.98
No	Segmentasi Operasi	Kuantitas (A)	Bobot (B)	Total Bobot (AxB)	Pengalokasian Biaya
1	Kecil	94	5	470	Rp 1.868,613.52
2	Sedang	723	7	5.061	Rp 20,121,389,46
3	Besar	1.071	8	8.568	Rp 34,064,426,98
4	Khusus	1.295	9	11.655	Rp 46,337,639,64
5	Canggih	556	9	5.004	Rp 19,894,770,38
<b>Jumlah</b>		<b>3.739</b>		<b>30.758</b>	<b>Rp 122,286,839.98</b>

Dalam di atas, jumlah keseluruhan segmen operasi besar tercatat sebanyak 1.071 prosedur. Dengan demikian, biaya yang dialokasikan untuk satu tindakan bedah sesar, yang termasuk dalam kategori operasi besar, adalah Rp 31.806,19. Perhitungan ini diperoleh dengan membagi total biaya operasi besar (Rp 34.064.426,98) dengan jumlah prosedur yang ada (1.071 segmentasi operasi besar).

Ringkasan dari perhitungan biaya langsung serta biaya tidak langsung untuk prosedur bedah sesar, berdasarkan alokasi tiap kelompok biaya, dapat ditemukan dalam Tabel 9 berikut.

**Tabel 9. Perhitungan kos tindakan bedah cesar**

Komponen biaya	Nilai
Biaya Langsung	
Biaya Obat	Rp 576.512,9
Biaya Dokter Spesialis obgin	Rp 912.782,2
Biaya Dokter spesialis Anestesi	Rp 390.099,6
<b>Jumlah biaya langsung</b>	<b>Rp 1.879.394,8</b>
Biaya Tidak langsung	
Biaya Layanan kamar/Akomodasi	Rp 245.625,3
Biaya Kebersihan /Clening Service	Rp 10.494,1
Biaya Layanan Limbah	Rp 9.426,0
Biaya Layanan Linen	Rp 31.806,1
<b>Jumlah biaya tidak langsung</b>	<b>Rp 297.352,4</b>
<b>Total unit cost operasi sesar</b>	<b>Rp 2,176,747,30</b>

Berdasarkan pendekatan perhitungan Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC), total biaya tindakan operasi sesar yang tercantum dalam Tabel 9 adalah Rp 2.176.747,30.

vi. Analisis Pemanfaatan Kapasitas

A. Evaluasi Pemanfaatan Kapasitas di Unit IBS

Tabel 10 di bawah ini menyajikan hasil evaluasi terhadap utilisasi kapasitas pada kelompok biaya akomodasi di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RS PKU Muhammadiyah.

Tabel 10. Analisis pemanfaatan kapasitas kelompok biaya layanan akomodasi

No	Nama tindakan operasi	Waktu (menit)	Kuantitas	Total waktu yang dibutuhkan (menit)*	Rate	Pengalokasian biaya
1	Adenoidektomi	240	4	960	Rp1.023	Rp 982.501
2	Adhesiolisis	240	8	1.920	Rp1.023	Rp 1.965.002
...	...	...	...	...	...	...
212	Seksio Caesaria	240	86	20.640	Rp1.023	Rp 21.123.776
...	...	...	...	...	...	...
244	Vesicolitectomy	240	5	1.200	Rp1.023	Rp 1.228.127
Total			3.739	1.328.820		Rp1.359.965.878
Kapasitas yang digunakan			78,67%	1.328.820		Rp1.359.965.878
Inefisiensi Kapasitas			21,33%	360.480		Rp 368.744.981
Kapasitas total yang tersedia			100%	1.689.120		Rp1.728.710.859

Berdasarkan data dalam Tabel 10, ditemukan bahwa ketidakefisienan dalam kelompok biaya akomodasi mencapai Rp 368.744.981, yang setara dengan 21,33% dari total biaya kelompok biaya tersebut di Instalasi Bedah Sentral. Tingginya tingkat inefisiensi ini kemungkinan disebabkan oleh kebijakan yang mewajibkan tenaga medis untuk selalu dalam kondisi siaga, meskipun jadwal operasi tidak berlangsung setiap waktu.

SOP yang mengharuskan kesiapan personel setiap saat diterapkan sebagai langkah antisipasi terhadap prosedur pembedahan darurat (CITO) atau operasi yang memerlukan penanganan segera. Namun, kebijakan ini berpotensi menyebabkan waktu tunggu yang cukup lama dalam pelaksanaan tindakan bedah, sehingga berdampak pada tingginya tingkat inefisiensi dalam kelompok biaya layanan akomodasi.

B. Evaluasi Pemanfaatan Kapasitas pada Cleaning Service

Tabel berikut ini menyajikan hasil evaluasi mengenai pemanfaatan kapasitas di unit Cleaning Service yang beroperasi di Instalasi Bedah Sentral RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Tabel 11. Analisis pemanfaatan/ utilisasi dari kapasitas kelompok biaya pembersihan /cleaning service

No	Segmentasi operasi	Waktu (menit)	Kuantitas	Total Waktu yang dibutuhkan (menit)*	Rate	Pengalokasian biaya**
1	kecil	41,7	94	3.919,8	Rp 224.73	Rp 880,898.78
2	sedang	46,7	723	33.764,1	Rp 224.73	Rp 7,587,824.47
3	besar	46,7	1071	50.015,7	Rp 224.73	Rp 11,240,055.33
4	khusus	51,7	1295	66.951,5	Rp 224.73	Rp 15,046,046.84
5	canggih	36,7	556	20.405,2	Rp 224.73	Rp 4,585,671.64
Jumlah			3739	175.056,3		Rp 39,340,497.06
Kapasitas yang digunakan			56,54%	175.056,3		Rp 39,340,497.06
Inefisiensi kapasitas			43,46%	134.543,7		Rp 30,236,078.53
Kapasitas total yang tersedia			100%	309.600		Rp 69,576,575.59

Berdasarkan data dalam table di atas, tingkat pemborosan kapasitas pada kelompok biaya layanan pembersihan tercatat sebesar Rp30,236,078.53 atau jika dijadikan persentase sebesar 43,46% dari total keseluruhan biaya yang dialokasikan untuk layanan kebersihan. Tingginya tingkat inefisiensi ini diduga terjadi karena petugas Cleaning Service diwajibkan untuk selalu dalam kondisi siaga di ruang IBS, guna memastikan kebersihan ruang bedah sebelum maupun sesudah prosedur pembedahan.

Namun, jadwal operasi yang tidak berlangsung setiap waktu menyebabkan personel sering kali harus menunggu tanpa tugas yang aktif. Kewajiban untuk selalu siap sedia di kamar operasi diterapkan guna mengantisipasi adanya tindakan bedah darurat atau operasi yang membutuhkan respons cepat. Situasi ini diperkirakan menjadi faktor utama yang menyebabkan waktu tunggu yang cukup panjang dalam proses pembedahan, sehingga berdampak pada peningkatan tingkat pemborosan kapasitas di unit Cleaning Service.

## 6 KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis perhitungan serta pembahasan yang telah dilakukan pada bagian sebelumnya, dapat disimpulkan beberapa hal sebagai berikut.

Proses perhitungan biaya operasi bedah sesar di Rumah Sakit menggunakan metode TD-ABC terdiri dari enam tahapan. Tahapan-tahapan tersebut meliputi:

- a. Mengidentifikasi kelompok sumber daya atau kelompok biaya;

- b. Menentukan total biaya untuk setiap kelompok biaya,
- c. Menetapkan kapasitas praktis serta menghitung Rate kapasitas biaya dari masing-masing kelompok biaya,
- d. Memperkirakan durasi penggunaan setiap kelompok biaya dalam melaksanakan aktivitas,
- e. Melakukan perhitungan biaya jasa operasi sesar menggunakan model TDABC, serta
- f. Menganalisis tingkat utilisasi kapasitas guna mengidentifikasi potensi inefisiensi.

Berdasarkan hasil dari tahapan-tahapan tersebut, perhitungan biaya operasi sesar dengan model TD-ABC di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah menunjukkan angka sebesar Rp 2,176,747.3.

Berdasarkan analisis utilisasi kapasitas melalui perhitungan biaya operasi sesar dengan metode Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC), ditemukan adanya ketidakefisienan di Instalasi Bedah Sentral sebagai penyedia layanan operasi sesar di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Ketidakefisienan kapasitas pada fasilitas akomodasi tercatat sebesar 21,33%, sementara unit pendukung seperti layanan kebersihan (cleaning service) juga mengalami ketidakefisienan kapasitas dengan persentase 43,46%. Ketidakefisienan ini baru dapat teridentifikasi setelah dilakukan perhitungan dengan pendekatan TDABC.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Ady, 2015. *Ini Catatan RS Swasta tentang dua tahun JKN*, diakses pada 22 Februari 2018 dari <http://www.hukumonline.com/berita/baca/lt566ea225ab0e7/ini-catatan-rsswasta-tentang-dua-tahun-jkn>.
- Anzai, Y., Heilbrun, M. E., Haas, D., Boi, L., Moshre, K., Minoshima, S., Kaplan, R., & Lee, V. S. (2017). Dissecting Costs of CT Study: Application of TDABC (Time-driven Activity-based Costing) in a Tertiary Academic Center. *Academic Radiology*, 24(2), 200–208. <https://doi.org/10.1016/j.acra.2016.11.001>
- Carter, William K dan Milton F. Usry, 2006. *Akuntansi Biaya*. Edisi Ketigabelas, Buku I. Jakarta: Salemba Empat
- Cokins, Gary, Helbing Jack dan Alan Stranton. (1996). *Sistem Activity Based Costing: Pedoman Dasar Bagi Manajer*. Terjemahan oleh B. Suwartoyo. Jakarta: Pustaka Binaman Pressindo

- Cooper Robin and Kaplan Robert S. 1993. *The Design of Cost Management System: Text, Cases, and Reading*, Prentise-Hall
- Creswell, John.W. 2014. *Penelitian Kualitatif & Desain Riset*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Cunningham, F Gary, et, all. 2010. *Obstetri Williams* 23rd ed. USA: The McGrawHill Companies, Inc.
- Faisal. 2020. *Apa Kabar BPJS*, diakses tanggal 22 Februari 2018 dari [https://www.kompasiana.com/nadzila/apa-kabar-bpjs\\_58d64166b07a618d5c714362](https://www.kompasiana.com/nadzila/apa-kabar-bpjs_58d64166b07a618d5c714362).
- Farrer, Helen. 2001. *Perawatan Maternitas* Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Ganorkar, A. B., Lakhe, R. R., & Agrawal, K. N. 2018. Implementation of TDABC in SME: A Case Study. *Journal of Corporate Accounting & Finance*, 29(2), 87–113. <https://doi.org/10.1002/jcaf.22327>
- Hamka, Fenny. 2010. *Analisis Biaya Satuan Tindakan Sectio Caesaria Paket Hemat A di Rumah Sakit X Tahun 2009*. Tesis Universitas Indonesia
- Hansen & Mowen. 2001. *Manajemen Biaya*, Buku II, Terjemahan benyamin Molan, Jakarta: Salemba Empat.hal 633
- Hansen & Mowen. 2005. *Management Accounting*. Buku 2. Edisi ke-7. Jakarta: Salemba Empat
- Humas BPJS Kesehatan. 2017. *Masuki Tahun ke-4, BPJS Kesehatan Upayakan Program JKN-KIS Makin Berkualitas*. Diakses pada 22 Februari 2018 dari <http://bpjs-kesehatan.go.id/BPJS/index.php/post/read/2017/426/Masuki-Tahun-ke-4-BPJS-Kesehatan-Upayakan-Program-JKN-KIS-Makin-Berkualitas>.
- Info BPJS Kesehatan. 2020. *INA-CBGs Membuat Biaya Lebih Efektif. Edisi VII*. BPJS Kesehatan: Jakarta Pusat.
- Kaplan, Robert S. and Anderson, Steve R. 2007, *Time Driven Activity Based Costing : A Simpler and Powerful Path to Higher Profits*. Harvard Business School Press
- Kemendes RI. 2014. *Permenkes RI No 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Depkes RI. Available at: [http://www.depkes.go.id/resources/download/general/PMKNo. 28 ttg Pedoman Pelaksanaan Program JKN.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/general/PMKNo.28%20ttg%20Pedoman%20Pelaksanaan%20Program%20JKN.pdf)
- Kusumaningtyas, Dhea Riadhianny Suci, Lily Kresnowati dan Dyah Ernawati. 2013. *Analisa Perbedaan Biaya Riil Rumah Sakit dengan Tarif Ina-Cbg's 3.1 untuk Kasus Persalinan*

- dengan Sectio Caesaria pada Pasien Jamkesmas di RSUD Tugurejo Semarang Triwulan I Tahun 2013*. Semarang: Universitas Dian Nuswantoro
- Mulyadi. 2021. *Akuntansi Manajemen Konsep, Manfaat & Rekayasa*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Empat
- Mulyadi. 2017. *Activity Based Cost System: Sistem Informasi Biaya untuk Pemberdayaan karyawan, pengurangan biaya dan penentuan secara akurat kos produk dan jasa*. Edisi 6. Yogyakarta: UPP AMP YKPN
- Odang, Nilam Kemala (2017). "Analisis Profitabilitas Customer Berdasarkan Pendekatan Time-Driven Activity-Based Costing: Studi Kasus Pada Wisma MM UGM. Tesis. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada
- Oker, Figen and Humeyra Adiguzel (2016). *Time-Driven Activity-Based Costing : An Implementation in a Manufacturing Company*. Wiley Online Library. Wiley Periodicals, Inc
- Oktavia, Deni. 2013. *Penerapan Time Driven Activity Based Costing Pada UKM Tape Handayani* 82. Jember: Universitas Negeri Jember
- Partisipasi RS Swasta Rendah, diakses pada 22 Februari 2018 dari <http://jkn.jamsosindonesia.com/home/cetak/342/Partisipasi%20RS%20Swasta%20Rendah>
- R.A. Supriyono. 1991. *Akuntansi Manajemen 3: Proses Pengendalian Manajemen*. Cetakan Kesatu. Yogyakarta: BPFE
- Republik Indonesia. 1992. Undang-Undang Nomor 23 tentang tujuan pembangunan kesehatan. Lembaran Negara RI Tahun 1992. Jakarta: Sekretariat Negara
- Republik Indonesia. 1992. Undang-undang nomor 23 tentang Tujuan Pembangunan Kesehatan. Lembaran Negara RI tahun 1992. Jakarta: Sekretariat Negara
- Republik Indonesia. 2009. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009, Nomor 144. Jakarta: Sekretariat Negara
- Republik Indonesia. 2009. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009, Nomor 144. Jakarta: Sekretariat Negara
- Republik Indonesia. 2009. Undang-Undang Nomor 44 tentang Rumah Sakit. Lembaran Negara RI Tahun 2009. Jakarta: Sekretariat Negara
- Republik Indonesia. 2015. Peraturan Pemerintah Nomor 93. tentang Rumah Sakit Pendidikan. Lembaran Negara RI Tahun 2015. Jakarta: Sekretariat Negara

- Rodwin, V. G. (2003). "The Health Care System Under French National Health Insurance: Lessons for Health Reform in the United States". *American Journal of Public Health* January 2003, Vol. 93, No. 1
- Sarwono, Prawiroharjo. (1999). *Ilmu Kebidanan*, Edisi 2 Cetakan II. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo.
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian: Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Thompson, A.A, Strickland, A.J. & Gamble J.E. 2010. *Crafting and Executing Strategy: The Quest for Competitive Advantage*. Edisi 17. Boston: Mc Graw Hill



# Artikel

## ORIGINALITY REPORT

24%

SIMILARITY INDEX

24%

INTERNET SOURCES

5%

PUBLICATIONS

1%

STUDENT PAPERS

## PRIMARY SOURCES

1	<a href="http://ejournal.uinsatu.ac.id">ejournal.uinsatu.ac.id</a> Internet Source	16%
2	<a href="http://repository.unair.ac.id">repository.unair.ac.id</a> Internet Source	1%
3	<a href="http://repository.its.ac.id">repository.its.ac.id</a> Internet Source	1%
4	<a href="http://repository.ubharajaya.ac.id">repository.ubharajaya.ac.id</a> Internet Source	<1%
5	<a href="http://repository.uksw.edu">repository.uksw.edu</a> Internet Source	<1%
6	Andi Wawan Mulyawan. "ANALISIS UNDERGROUND ECONOMY INDONESIA DAN POTENSI PENERIMAAN PAJAK DI ERA TAX AMNESTY", INFO ARTHA, 2017 Publication	<1%
7	<a href="http://fisip.ub.ac.id">fisip.ub.ac.id</a> Internet Source	<1%
8	<a href="http://present5.com">present5.com</a> Internet Source	<1%
9	<a href="http://core.ac.uk">core.ac.uk</a> Internet Source	<1%
10	<a href="http://ejournal.poltekel-banten.ac.id">ejournal.poltekel-banten.ac.id</a> Internet Source	<1%
11	<a href="http://nurhidayah.staff.umy.ac.id">nurhidayah.staff.umy.ac.id</a> Internet Source	<1%
12	<a href="http://anshor83.wordpress.com">anshor83.wordpress.com</a> Internet Source	<1%

---

13	<a href="http://digilib.perbanas.id">digilib.perbanas.id</a> Internet Source	<1 %
14	<a href="http://fr.scribd.com">fr.scribd.com</a> Internet Source	<1 %
15	<a href="http://talkto-mb.blogspot.com">talkto-mb.blogspot.com</a> Internet Source	<1 %
16	<a href="http://www.asjp.cerist.dz">www.asjp.cerist.dz</a> Internet Source	<1 %
17	Elva Nuraina, Anggita Langgeng Wijaya. "ANALISIS POTENSI PARIWISATA BENDUNGAN GONGGANG GUNA MENINGKATKAN PENDAPATAN ASLI DAERAH KABUPATEN MAGETAN", Assets: Jurnal Akuntansi dan Pendidikan, 2014 Publication	<1 %
18	<a href="http://pt.scribd.com">pt.scribd.com</a> Internet Source	<1 %
19	<a href="http://www.coursehero.com">www.coursehero.com</a> Internet Source	<1 %
20	<a href="http://adoc.pub">adoc.pub</a> Internet Source	<1 %
21	<a href="http://eprintslib.ummgl.ac.id">eprintslib.ummgl.ac.id</a> Internet Source	<1 %
22	<a href="http://etd.repository.ugm.ac.id">etd.repository.ugm.ac.id</a> Internet Source	<1 %
23	<a href="http://journal.univpancasila.ac.id">journal.univpancasila.ac.id</a> Internet Source	<1 %
24	<a href="http://ml.scribd.com">ml.scribd.com</a> Internet Source	<1 %
25	<a href="http://text-id.123dok.com">text-id.123dok.com</a> Internet Source	<1 %
26	<a href="http://www.hashmicro.com">www.hashmicro.com</a>	

---

Internet Source

<1 %

27

[www.researchgate.net](http://www.researchgate.net)

Internet Source

<1 %

28

[www.scribd.com](http://www.scribd.com)

Internet Source

<1 %

29

[www.unaki.ac.id](http://www.unaki.ac.id)

Internet Source

<1 %

30

Anessa Musfitria, Krisna Sudjana, Dina Septiyani. "Analisis Perbandingan Penerapan Activity-Based Costing System dengan Metode Tradisional untuk Menentukan Harga Pokok Produk", Al-Kharaj : Jurnal Ekonomi, Keuangan & Bisnis Syariah, 2022

Publication

<1 %

31

[anzdoc.com](http://anzdoc.com)

Internet Source

<1 %

32

[digilib.uinkhas.ac.id](http://digilib.uinkhas.ac.id)

Internet Source

<1 %

33

[issuu.com](http://issuu.com)

Internet Source

<1 %

34

[journal-center.litpam.com](http://journal-center.litpam.com)

Internet Source

<1 %

35

[jurnal.unupurwokerto.ac.id](http://jurnal.unupurwokerto.ac.id)

Internet Source

<1 %

36

[knbase.medic.or.kr](http://knbase.medic.or.kr)

Internet Source

<1 %

37

[www.yrpiiku.com](http://www.yrpiiku.com)

Internet Source

<1 %

38

[zombiedoc.com](http://zombiedoc.com)

Internet Source

<1 %

39

Nia Safitri, Sri Hartatik, Nafiah Nafiah, Muhammad Thamrin Hidayat. "VISUAL

<1 %

STUDENTS SKILL IN DRAWING TWO  
DIMENSIONAL IMAGINATIF", AL-ISHLAH:  
Jurnal Pendidikan, 2020  
Publication

---

Exclude quotes    On

Exclude matches    Off

Exclude bibliography    On