



Penerapan *Activity Based Costing* dan *Time Driven Activity Based Costing* untuk Menghitung Unit Cost Kamar Rawat Inap pada Rumah Sakit X

Sukamto^{1*}, Hanif Ismail¹

¹Institut Bisnis dan Informatika Kwik Kian Gie, Indonesia

*Corresponding Author's e-mail: sukem1907@gmail.com

Article History:

Received: July 16, 2026

Revised: July 23, 2026

Accepted: July 31, 2026

Keywords:

Unit Cost, Tarif, Metode Kovenasional, *Activity Based Costing* dan *Time Driven Activity Based Costing*.

Abstract: *This study aims to examine the existing method of calculating inpatient room unit costs and to compare it with calculations based on Activity-Based Costing (ABC) and Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC), as well as to analyze the implications of these approaches for inpatient room tariff policies. The research adopts a case study method. Data analysis is conducted using a combination of qualitative and quantitative approaches, utilizing both primary and secondary data. Primary data are collected through in-depth interviews. The findings indicate that the conventional unit cost calculation method currently in use is no longer aligned with the actual conditions of the hospital, as it produces cost distortions when compared to the ABC–TDABC approach. In contrast, the ABC–TDABC method more accurately reflects the real unit cost under the hospital's operational conditions, resulting in more precise inpatient room cost calculations. Furthermore, the results of the ABC–TDABC-based unit cost calculation are used to adjust the determination of inpatient room tariffs. The establishment of appropriate inpatient room tariffs is expected to enhance price competitiveness and improve service margin performance.*

Copyright © 2026, The Author(s).

This is an open access article under the CC–BY–SA license



How to cite: Sukamto, S., & Ismail, H. (2026). Penerapan Activity Based Costing dan Time Driven Activity Based Costing untuk Menghitung Unit Cost Kamar Rawat Inap pada Rumah Sakit X. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 5(7), 3563–3575. <https://doi.org/10.55681/sentri.v5i7.6972>

PENDAHULUAN

Salah satu produk jasa Rumah Sakit adalah layanan rawat inap. Maka, untuk menetapkan harga jasa (tarif kamar) tidak hanya ditentukan harga pasar, tetapi juga informasi penting tentang *unit cost*. Kebijakan harga, pastilah diharapkan dapat meng-cover seluruh biaya, plus margin yang diharapkan.

Persaingan dalam jasa rumah sakit tinggi dan keras, dapatlah dikatakan sebuah industri jasa yang berada dalam persaingan sempurna. Meskipun, ada sebagian kecil jasa yang harus mengikuti regulasi pemerintah. Kondisi saat ini terjadi persaingan dari sisi harga jual terutama terkait dengan tarif kamar rawat inap. Situasi ini tidak dapat dihindari karena pertumbuhan rumah sakit baru cukup signifikan, dengan berbagai macam fasilitas yang ditawarkan dan peralatan medis yang berteknologi tinggi. Sebagai institusi yang memberikan pelayanan kesehatan, rumah sakit tidak hanya berfungsi untuk menyediakan layanan medis berkualitas, tetapi juga harus mampu mengelola biaya operasionalnya secara efisien (Dewi, 2024). Sudah menjadi rahasia umum dalam mengelola organisasi atau Perusahaan, berlaku “hukum” bahwa dalam *bottom line* laba yang terkendali oleh Perusahaan adalah komponen biaya (*cost* atau *expense*), sementara unsur *revenue* tidak

terkendali oleh Perusahaan, tetapi dikendalikan pasar bebas. Oleh karena itu, karena komponen biaya yang terkendali oleh Perusahaan, maka dibutuhkan analisis biaya, salah satunya adalah menjawab pertanyaan, apakah Perusahaan selama ini telah melakukan perhitungan biaya – *unit cost* dengan benar dan tepat?

Jawaban atas pertanyaan tersebut menjadi sangat strategis sebab informasi tentang *unit cost*, berdampak strategi penetapan harga jual. Dengan mengetahui unit cost dengan benar dan tepat sangat penting, agar Perusahaan tahu dan yakin penetapan harga jual barang dan jasa itu Perusahaan mampu bersaing dalam industry. Di samping itu juga akan menambah keyakinan pada pengelola Perusahaan bahwa harga jual itu telah diyakini sesuai dengan target keuntungan dan subsidi harga tertentu pada unit rawat inap, akibat adanya regulasi tertentu. Sebagai gambarnya, harga jual (tarif) rawat Inap di Rumah Sakit tempat studi kasus, dapat dilihat pada Tabel 1.1

Tabel 1. Tarif Kamar Rawat Inap Beberapa Rumah Sakit

Kelas Kamar Rawat Inap	Tarif /Hari		
	RS P	RS M	RS C
Executive	3,400,000	2,750,000	2,800,000
Super VIP	2,800,000	2,400,000	1,850,000
VIP / Deluxe	2,000,000	1,850,000	1,450,000
Kelas 1	1,500,000	1,200,000	1,000,000
Kelas 2	1,110,000	600,000	550,000
Kelas 3	420,000	300,000	400,000

Pertanyaan yang diajukan sebelumnya diajukan pula pada kebijakan harga Rumah Sakit tersebut, apakah penetapan harga di Tabel 1.1 tersebut telah benar-benar diyakini didasarkan pada perhitungan *unit cost* yang benar dan tepat, sehingga diyakini Tingkat margin laba atau subsidi tertentu? Untuk menjawab ini, maka muncul ide yakni bila selama ini perhitungan *unit cost* berdasarkan konsep konvensional, yakni biaya tidak langsung (*indirect cost*) terhadap kamar rawat inap, dialokasikan dengan dasar kemudahan perhitungan dan kesederhanaan metode, yang belum tentu cermat dan menghasilkan akurasi perhitungan – maka, bagaimana jika perhitungan *unit cost* itu menggunakan pendekatan ABC dan TDABC? Dengan asumsi perhitungan yang dilakukan dengan metode ABC dan TDABC, telah dilalui dengan penahapan yang benar, apakah terdapat perbedaan hasil perhitungan yang signifikan antara metode konvensional, di satu sisi, dan metode ABC dan TDABC di sisi lain? Tentu, bila perbedaan *unit cost* yang dihasilkan signifikan, maka pasti akan berdampak pada kebijakan penetapan harga jual, atau bila harga jual tidak bisa lagi di rubah karena disebabkan harga pasar atau harga *competitor*, maka perhitungan *unit cost* dengan ABC dan TDABC tetap bermanfaat yakni memastikan berapa margin yang sebenarnya diperoleh Perusahaan. Misalnya, dengan pendekatan ABC dan TDABC, *unit cost* ternyata lebih besar dibanding metode konvensional maka tetap sangat bermanfaat informasi tersebut, yakni pengelola Perusahaan tahu persis, ternyata margin yang sebenarnya, lebih kecil dari yang selama ini dihitung dengan metode konvensional.

Kemudahan dan kesederhanaan konsep konvensional dalam alokasi biaya tidak langsung (*indirect cost*) yang didasarkan pada alokasi tunggal seperti jumlah jam tenaga kerja, jam mesin atau output yang dihasilkan sudah tidak sesuai dengan kondisi saat ini, terutama dalam pengambilan keputusan manajemen. Sejalan dengan meningkatnya

kompleksitas proses operasional, diversifikasi layanan, serta peningkatan porsi biaya tidak langsung, maka diperlukan perubahan konsep dalam dalam perhitungan unit cost.

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Biaya

Pengertian umum biaya adalah pengorbanan sumber ekonomi yang dapat diukur. Menurut Mulyadi (2015:8) , biaya adalah pengorbanan sumber ekonomi yang diukur dalam satuan uang, yang telah terjadi atau kemungkinan akan terjadi untuk tujuan tertentu. Pengorbanan ekonomi yang dilakukan bertujuan untuk mendapatkan penghasilan atau pendapatan dan untuk mencapai tujuan tertentu. Pengertian biaya ini memiliki empat unsur utama, yaitu pengorbanan sumber ekonomi, dapat diukur dalam satuan uang, terjadinya pengorbanan baik secara aktual maupun potensial, serta tujuan tertentu sebagai dasar pengeluaran tersebut. Informasi biaya digunakan perusahaan untuk mendukung berbagai fungsi manajerial (Supriyono, 2016:12-13). Perencanaan (Planning) untuk menyusun anggaran, menentukan kapasitas produksi, serta merancang strategi operasional. Pengendalian (Controlling) untuk membandingkan realisasi biaya dengan anggaran, menilai efisiensi, dan menentukan penyebab selisih biaya. Pengambilan keputusan (Decision Making) untuk menentukan harga jual, memilih metode produksi, mengevaluasi kelayakan investasi, serta menentukan prioritas produk. Penilaian kinerja (Performance Evaluation) untuk menilai efektivitas departemen, karyawan, dan pusat biaya (cost center).

2.2 Kalkulasi Biaya

Kalkulasi biaya merupakan proses sistematis yang mencakup pengumpulan biaya (cost accumulation) dan pembebanan biaya (cost assignment) ke objek biaya tertentu. Objek biaya adalah segala sesuatu yang ingin diukur biayanya, seperti produk, jasa, departemen, pasien, atau aktivitas. Tujuan utama kalkulasi biaya bukan hanya sekadar menentukan harga pokok, tetapi menyediakan informasi biaya yang relevan untuk pengambilan keputusan manajerial, perencanaan, dan pengendalian. Pengertian kalkulasi biaya (cost calculation) menurut Horngren, Datar, dan Rajan (2018:36) adalah proses pengumpulan, pengukuran, dan pembebanan biaya ke objek biaya tertentu, seperti produk, jasa, pasien, atau aktivitas. Oleh karena itu, sistem kalkulasi biaya harus disesuaikan dengan kebutuhan informasi manajemen dan karakteristik organisasi.

2.3 Metode Konvensional

Pendekatan perhitungan metode konvensional bertujuan untuk menyederhanakan proses pembebanan biaya serta memudahkan pengendalian biaya. Menurut Kaplan dan Cooper (1998 :11) membebankan biaya tidak langsung menggunakan satu atau dua dasar alokasi, seperti jam tenaga kerja langsung atau jam mesin. Menurut Carter dan Usry (2014:46) alokasi biaya tidak langsung (overhead) dalam metode konvensional dilakukan melalui penggunaan tarif overhead yang telah ditentukan sebelumnya (predetermined overhead rate). Tarif ini dihitung dengan membagi total estimasi biaya overhead dengan estimasi dasar pembebanan tertentu, seperti jam tenaga kerja langsung atau jam mesin.

2.4 Metode Activity Based Costing

Fokus ABC adalah pemanfaatan sumberdaya sesuai kegiatannya. Aktivitas adalah tindakan atau pekerjaan tertentu yang dilakukan dalam suatu organisasi. Sumber daya merupakan unsur ekonomi yang diperlukan guna menjalankan kegiatan. Hansen dan Mowen (2015:154), menjelaskan ABC adalah suatu sistem perhitungan biaya yang membebankan biaya ke aktivitas, kemudian membebankan biaya aktivitas ke produk atau

jasa berdasarkan tingkat konsumsi aktivitas oleh produk atau jasa tersebut. Cost Driver merupakan faktor yang menyebabkan perubahan biaya kegiatan (A. Asyari, 2023). Kinerja rumah sakit berbasis aktivitas sebagai penghasil jasa berupa pelayanan dimana operasional rumah sakit banyak dipengaruhi oleh aktivitas dan bukan pada volume produksi (Widia & Kawedar, 2018)

Implementasi ABC menurut Robert S. Kaplan dan Robin Cooper terdiri dari tujuh tahapan utama. Tahap pertama adalah mengidentifikasi aktivitas dalam organisasi atau perusahaan. Pada tahap ini dilakukan pemetaan seluruh aktivitas yang terlibat dalam proses menghasilkan produk atau jasa. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa hanya aktivitas yang benar-benar dilakukan dan mengonsumsi sumber daya yang dicatat dalam sistem biaya.

Tahap kedua adalah mengelompokkan aktivitas ke dalam kelompok biaya (cost pools). Aktivitas yang telah diidentifikasi selanjutnya dikelompokkan berdasarkan kesamaan karakteristik atau jenisnya. Pengelompokan ini bertujuan untuk menyederhanakan proses perhitungan tarif aktivitas, mengurangi jumlah cost driver, serta meningkatkan kemudahan dalam pengelolaan sistem ABC.

Tahap ketiga adalah menentukan resource drivers. Pada tahap ini dilakukan penelusuran biaya sumber daya ke aktivitas yang telah dikelompokkan. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi besarnya sumber daya yang dikonsumsi oleh masing-masing aktivitas.

Tahap keempat adalah menentukan activity drivers atau cost drivers. Tahapan ini bertujuan untuk menetapkan faktor yang menyebabkan terjadinya biaya pada setiap aktivitas, sehingga dapat digunakan sebagai dasar dalam pembebanan biaya.

Tahap kelima adalah mengukur konsumsi aktivitas oleh produk atau jasa. Pada tahap ini dianalisis sejauh mana setiap produk atau jasa mengonsumsi aktivitas yang telah ditentukan sebelumnya.

Tahap keenam adalah menghitung tarif aktivitas (*activity rate*). Tarif aktivitas diperoleh dengan membagi total biaya dalam setiap kelompok aktivitas dengan total activity driver yang bersangkutan.

Tahap ketujuh adalah menelusurkan biaya ke objek biaya, seperti produk, pelanggan, atau layanan. Proses ini dilakukan dengan membebankan biaya aktivitas kepada objek biaya berdasarkan tingkat konsumsi aktivitasnya.

Keberhasilan penerapan ABC sangat dipengaruhi oleh perubahan paradigma perusahaan untuk meninggalkan konsep konvensional dan memaksimalkan metode ABC sebagai acuan analisa profitabilitas, dan melakukan langkah berdasarkan metode baru yang disediakan ABC (Cooper & Kaplan, 1991). Perusahaan harus menghindari keinginan untuk mengalokasikan semua biaya ke setiap unit produk, dan sebagai gantinya memisahkan biaya berdasarkan tingkat aktivitas yang mengonsumsi sumber daya tersebut. Perusahaan harus memisahkan biaya untuk menghasilkan setiap unit produk dan biaya untuk mendukung produk atau pelanggan yang tidak bergantung pada jumlah unit.

2.5 Metode Time Driven Activity Based Costing

Selain ABC, terdapat metode perhitungan lain yang menggunakan estimasi waktu untuk mengalokasikan persentase waktu ke berbagai aktivitas, yang dikenal dengan istilah TDABC, dimana memerlukan estimasi atas dua parameter. Parameter pertama adalah biaya unit untuk menyediakan kapasitas, langkah pertama adalah mengidentifikasi berbagai kelompok sumber daya yang melakukan aktivitas. Kemudian mengestimasi kapasitas praktis dari sumber daya yang disediakan, umumnya, kapasitas praktis

diestimasi sebagai persentase tertentu. Cara sederhana untuk mengestimasi kapasitas praktis adalah dengan meninjau data historis tingkat aktivitas. Parameter kedua adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan suatu transaksi atau aktivitas. Dalam metode ini memakai estimasi waktu, sehingga tidak perlu sangat amat tepat, dimana akurasi dalam kisaran $\pm 10\%$ umumnya sudah cukup untuk menghasilkan wawasan strategis yang bernilai. Kesederhanaan metode ini adalah tidak memerlukan identifikasi aktivitas secara rinci dan tidak banyak cost driver. TDABC adalah sistem penentuan biaya yang menghitung objek biaya dengan mengalikan biaya per unit waktu kapasitas dengan waktu yang dibutuhkan untuk melaksanakan aktivitas (Kaplan & Anderson, 2007:22-25).

Implementasi TDABC menurut Kaplan dan Anderson (2007:66-70), terdiri dari 6 tahap. Tahap pertama adalah mengidentifikasi kelompok sumber daya (resource groups), tahap kedua adalah menentukan total biaya setiap kelompok sumber daya, tahap ketiga adalah mengestimasi kapasitas praktis dari masing-masing sumber daya, tahap keempat adalah menghitung biaya kapasitas per unit waktu, tahap kelima adalah menentukan waktu yang dibutuhkan untuk setiap aktivitas, dan tahap keenam adalah mengalokasikan biaya ke objek biaya berdasarkan konsumsi waktu.

Pendekatan TDABC ini semakin banyak diterapkan, karena logikanya yang sederhana dan menggambarkan proses perawatan yang transparan, pendekatan ini menunjukkan kemampuan secara akurat memberikan informasi yang dibutuhkan untuk peningkatan operasional dan penghematan biaya di rumah sakit (Keel et al., 2020).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan metode campuran (mixed methods), yaitu kombinasi antara pendekatan kualitatif dan kuantitatif dengan desain studi kasus pada Rumah Sakit X. Pendekatan kualitatif digunakan untuk memperoleh pemahaman yang mendalam mengenai proses penetapan tarif kamar rawat inap serta struktur biaya yang mendasari aktivitas operasional rumah sakit. Pendekatan kuantitatif dilakukan melalui perhitungan ulang unit cost menggunakan metode ABC dan TDABC, dengan tujuan menghasilkan estimasi biaya yang lebih akurat terhadap layanan rawat inap.

Teknik analisa data yang dilakukan untuk ABC adalah melalui 7 langkah, yang terdiri dari identifikasi aktivitas utama dan aktivitas pendukung, mengelompokkan biaya ke dalam kelompok aktivitas, menentukan penggerak biaya, menghitung pemicu biaya yang relevan untuk setiap aktivitas, menghitung tarif biaya aktivitas, mengukur jumlah penggerak untuk semua kelompok aktivitas dan menghitung biaya aktivitas untuk semua kelompok aktivitas.

Teknik analisa data yang dilakukan untuk TDABC adalah mengidentifikasi berbagai kelompok sumber daya yang melakukan aktivitas, mengumpulkan data total biaya penyediaan seluruh sumber daya, menetapkan estimasi kapasitas praktis dalam bentuk persentase, menentukan biaya per unit dengan cara membagi total biaya penyediaan seluruh sumber daya dengan kapasitas praktis, menghitung estimasi waktu dalam setiap aktivitas dan menghitung tarif biaya aktivitas dengan mengalikan estimasi waktu dalam setiap aktivitas dengan biaya per unit.

Sumber data dalam penelitian ini terdiri atas data sekunder dan data primer. Data sekunder diperoleh dari Rumah Sakit X, meliputi laporan keuangan internal, laporan biaya operasional, data biaya langsung dan tidak langsung, data jumlah pasien, lama hari perawatan (*length of stay*), luas area kamar rawat inap, laporan aktivitas, serta data tarif kamar rawat inap. Sementara itu, data primer diperoleh melalui wawancara mendalam

(*in-depth interview*) dengan pihak-pihak terkait dalam operasional rumah sakit guna mendukung serta memvalidasi temuan yang diperoleh dari data sekunder

HASIL DAN PEMBAHASAN

Ketersediaan kamar rawat inap yang memadai dengan berbagai fasilitasnya merupakan salah satu pelayanan utama yang diberikan oleh Rumah sakit X. Adapun jenis kamar rawat inap yang disediakan terdiri dari berbagai kelas, yaitu kelas suite, kelas super vip, kelas vip / deluxe, kelas 1, kelas 2 dan kelas 3. Tarif kamar rawat inap di Rumah Sakit X bervariasi, tarif tertinggi adalah untuk kelas Suite, sedangkan tarif kamar rawat inap terendah adalah kelas III. Setiap kelas kamar memiliki fasilitas yang berbeda-beda. Berikut adalah data tarif kamar rawat inap Rumah Sakit X

Tabel 2. Tarif Kamar Rawat Inap Rumah Sakit X

Kelas Kamar Rawat Inap	Tarif
Suite	2,900,000
Super VIP	1,950,000
VIP / Deluxe	1,550,000
Kelas 1	1,100,000
Kelas 2	650,000
Kelas 3	300,000

Tabel 2 memberikan gambaran mengenai tarif kamar rawat inap yang berlaku di rumah sakit pada tahun 2024. Tarif kamar rawat inap tersebut bervariasi dengan tarif tertinggi sebesar Rp 2.900.000/hari sampai yang terendah adalah Rp 300.000/hari. Perbedaan tarif kamar disebabkan oleh fasilitas dan jumlah tempat tidur dalam masing-masing kelas kamar. Untuk kelas kamar VIP / Deluxe sampai dengan Executive hanya ditempati oleh satu pasien dengan satu tempat tidur. Untuk kelas 1 ditempati oleh dua orang pasien, kelas 2 ditempati oleh dua orang pasien dan kelas 3 ditempati oleh empat orang

Perhitungan Unit Cost - Metode Konvensional

Berikut adalah tabel yang menggambarkan Biaya Tidak Langsung Kamar Rawat Inap Per Pasien

Tabel 3. Biaya Tidak Langsung Kamar Rawat Inap Per Pasien

Kelas Kamar Rawat Inap	Biaya Tidak Langsung Per Pasien - Beban Pokok Penjualan	Biaya Tidak Langsung Per Pasien - Beban Umum dan Administrasi	Total Biaya Tidak Langsung
Suite	296,054	807,022	1,103,075
Super VIP	296,054	807,022	1,103,075
VIP / Deluxe	296,054	807,022	1,103,075
Kelas 1	148,027	403,511	551,538
Kelas 2	98,685	269,007	367,692
Kelas 3	74,013	201,755	275,769

Unit cost per kelas kamar didapatkan dengan menjumlahkan komponen total biaya langsung harus dengan komponen total biaya tidak langsung. Berikut adalah tabel yang menggambarkan *unit cost* kamar rawat inap dengan metode konvensional sebagai berikut :

Tabel 4. Unit Cost Kamar Rawat Inap Per Pasien Metode Konvensional

Kelas Kamar Rawat Inap	Biaya Langsung	Biaya Tidak Langsung	Total Biaya
Suite	686,301	1,103,075	1,789,377
Super VIP	536,301	1,103,075	1,639,377
VIP / Deluxe	536,301	1,103,075	1,639,377
Kelas 1	376,301	551,538	927,839
Kelas 2	316,301	367,692	683,993
Kelas 3	296,301	275,769	572,070

Tabel 4 menggambarkan hasil perhitungan unit cost setiap kelas kamar per pasien dengan menggunakan metode konvensional.

4.2 Perhitungan Unit Cost Dengan Metode *Activity Based Costing* dan *Time Driven Activity Costing*

Data selanjutnya adalah data mengenai jumlah pasien rawat inap di Rumah Sakit X, selama periode 1 Januari 2024 sampai periode 31 Desember 2024.

Tabel 5. Jumlah Pasien Rawat Inap Per Kelas Rumah Sakit X

Kelas Kamar Rawat Inap	Jumlah Pasien Rawat Inap
Suite	18
Super VIP	49
VIP / Deluxe	1,080
Kelas 1	1,710
Kelas 2	890
Kelas 3	1,011
TOTAL	4,758

Tabel 5 menjelaskan mengenai jumlah pasien yang di rawat di rumah sakit selama tahun 2024. Data yang disajikan berupa jumlah pasien yang dirawat di masing – masing kelas kamar rawat inap, dengan total jumlah pasien rawat inap 4.758 pasien. Dalam data ini terlihat bahwa kamar rawat inap kelas 1 menjadi kamar perawatan yang paling banyak ditempati oleh pasien rawat inap , sedangkan kelas suite menjadi kelas kamar yang paling sedikit ditempati oleh pasien rawat inap. Untuk kelas kamar VIP / Deluxe dan kamar kelas 3 , jumlah pasien rawat inapnya hampir sama.

Selanjutnya akan disajikan data mengenai jumlah hari perawatan pasien rawat inap di Rumah Sakit X selama periode 1 Januari 2024 sampai periode 31 Desember 2024

Tabel 6. Jumlah Hari Perawatan Pasien Rawat Inap Per Kelas Rumah Sakit X

Kelas Kamar Rawat Inap	Jumlah Hari Perawatan
Suite	70
Super VIP	140
VIP / Deluxe	3,610
Kelas 1	5,490
Kelas 2	2,810
Kelas 3	2,900
TOTAL	15,020

Tabel 4.5 memberikan gambaran mengenai jumlah hari perawatan pasien rawat inap di berbagai kelas kamar , mulai dari kelas 3 sampai kelas executive. Data ini sejalan dengan data jumlah pasien yang dirawat yang tersaji pada tabel 2, dimana jumlah hari perawatan yang paling besar adalah di kelas 1, dengan jumlah hari perawatan sebesar 5.490 hari,

sedangkan yang paling sedikit adalah di kelas suite ,dengan jumlah hari rawat sebesar 70 hari.

Untuk keperluan analisa diperlukan data mengenai luas area tiap kelas kamar perawatan di Rumah Sakit X, dimana datanya adalah sebagai berikut :

Tabel 7. Luas Area Rumah Sakit X

Kelas Kamar Rawat Inap	Luas (M2)	Jumlah Kamar	Total Luas (M2)
Suite	43	1.00	43
Super VIP	38	3.00	114
VIP / Deluxe	25	18.00	450
Kelas 1	25	22.00	550
Kelas 2	25	21.00	525
Kelas 3	47	8.00	376
Area Non Kamar Rawat Inap		1.00	3,415
Total Luas Area (M2)			5,473

Tabel 4.6 menjelaskan mengenai luas area keseluruhan dari area kamar rawat inap mulai dari kelas 3 sampai dengan kelas suite. Luas area ini adalah total luas area dari masing-masing kelas kamar rawat inap dan area non rawat inap. Berdasarkan data tersebut diatas, jika dilihat kamar rawat inap yang paling luas adalah kelas 1 dengan total luas area sebesar 550 M2, sedangkan luas area yang paling kecil adalah kelas suite. Kamar rawat inap kelas 1 paling luas karena memiliki jumlah kamar yang paling banyak, karena secara umum menjadi kamar rawat inap yang paling banyak diminati oleh pasien rawat inap.

Setelah diperoleh data seperti yang tertera dalam tabel diatas, maka selanjutnya adalah menentukan jenis atau kelompok aktivitas dan cost drivernya.

Tabel 8. Jumlah Penggerak Biaya / Cost Driver Aktivitas

Aktivitas	Penggerak Biaya / Cost Driver	Penggerak Biaya / Cost Driver	Index	Jumlah Penggerak Biaya / Cost Driver - Per Tahun
Pelayanan Pasien	Jumlah Pasien	94,758	1	94,758
Perawatan Pasien	Jumlah Hari Perawatan	15,020	1	15,020
Administrasi	Jumlah Pasien	94,758	1	94,758
Pemeliharaan	Luas Area	5,473	365	1,997,645
Penyusutan	Luas Area	5,473	365	1,997,645

Penentuan kelompok aktivitas adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan Pasien

Aktivitas pelayanan pasien merupakan seluruh kegiatan yang dilakukan untuk memberikan pelayanan kepada pasien rawat inap oleh tenaga perawat dan tim paramedis. Aktivitas ini meliputi pengantaran pasien ke kamar rawat inap, pendampingan pasien dalam menggunakan fasilitas kamar dan lingkungan rumah sakit, serta pemberian layanan medis dan non-medis selama masa perawatan. Pemicu biaya (*cost driver*) pada aktivitas ini adalah jumlah pasien rawat inap, karena semakin banyak pasien yang dilayani, maka semakin besar sumber daya yang dikonsumsi.

2. Perawatan Pasien

Aktivitas perawatan pasien mencakup kegiatan yang dilakukan oleh tenaga perawat dalam memantau dan menjaga kondisi kesehatan pasien, seperti pencatatan perkembangan kesehatan, pengukuran tanda-tanda vital (misalnya tekanan darah), serta pemberian bantuan medis sesuai kebutuhan pasien. Pemicu biaya pada aktivitas

ini adalah jumlah hari rawat (*length of stay*). Asumsi yang mendasari adalah semakin banyak hari rawat, maka semakin tinggi pula tingkat kebutuhan perawat yang melayani pasien pada kamar tersebut (A. P. Asyari, 2020)

3. Administrasi

Aktivitas administrasi meliputi kegiatan pencatatan dan pengelolaan data pasien, seperti registrasi identitas pasien, diagnosis penyakit, serta pemilihan tipe kamar rawat inap. Aktivitas ini dilakukan ketika pasien tersebut dinyatakan perlu untuk dirawat inap (Bonde et al., 2021). Meskipun sebagian besar aktivitas administrasi dilakukan di luar area kamar rawat inap, secara prinsip aktivitas ini tetap merupakan bagian integral dari proses pelayanan rawat inap. Pemicu biaya pada aktivitas ini adalah jumlah pasien rawat inap.

4. Pemeliharaan

Aktivitas pemeliharaan mencakup seluruh kegiatan yang berkaitan dengan perawatan dan keberlanjutan fasilitas rumah sakit, seperti pemeliharaan bangunan, peralatan medis dan non-medis, serta pengakuan biaya penyusutan aset. Aktivitas ini merupakan komponen biaya yang signifikan dalam operasional rumah sakit, khususnya dalam penentuan biaya kamar rawat inap. Pemicu biaya pada aktivitas ini adalah luas area kamar rawat inap serta area pendukung lainnya di rumah sakit.

Tabel 9. Merode Perhitungan Tarif Per Unit Cost Driver

Kelompok Aktivitas	Tarif Per Unit Cost Driver
Pelayanan Pasien	$\frac{\text{Total Biaya Kelompok Aktivitas Pelayanan Pasien}}{\text{Jumlah Pasien}}$
Perawatan Pasien	$\frac{\text{Total Biaya Kelompok Aktivitas Perawatan Pasien}}{\text{Jumlah Hari Perawatan}}$
Administrasi	$\frac{\text{Total Biaya Kelompok Aktivitas Administrasi}}{\text{Jumlah Pasien}}$
Pemeliharaan	$\frac{\text{Total Biaya Kelompok Aktivitas Pemeliharaan}}{\text{Luas Area}}$

Tabel 10. Cost Per Driver Unit

Aktivitas	Cost Driver	Total Biaya (Rp)	Jumlah Penggerak Biaya / Cost Driver - Per Tahun	Cost Per Driver Unit (Rp)
Pelayanan Pasien	Jumlah Pasien	30,480,200,089	94,758	321,664
Perawatan Pasien	Jumlah Hari Perawatan	3,446,636,447	15,020	229,470
Administrasi	Jumlah Pasien	8,612,135,521	94,758	90,886
Pemeliharaan	Luas Area	14,006,520,232	1,997,645	7,012
Penyusutan	Luas Area	726,234,109	1,997,645	364

Hasil perhitungan total biaya ini, merupakan gabungan biaya tidak langsung komponen beban pokok penjualan dan komponen beban umum dan administrasi. Tabel tersebut diatas memberikan gambaran mengenai cara mendapatkan tarif per unit cost

driver. Tarif per unit cost driver dari masing – masing kelompok aktivitas , akan digunakan sebagai dasar perhitungan alokasi ke dalam masing kelompok aktivitas.

Tabel 11. Perhitungan *Time Driven Activity Costing* Administrasi Rawat Inap

Aktivitas Administrasi Pasien Rawat Inap	Estimasi Waktu (Menit)	Jumlah Pasien	Total Waktu (Menit)
Registrasi Pasien Rawat Inap	30	4,758	142,740
Administrasi Pasien Pulang	60	4,758	285,480
Proses Pembayaran	10	4,758	47,580
Total Waktu			475,800
% Kapasitas Praktis			73%
Sehingga hanya 73% dari total biaya gaji yang dibebankan ke tarif kamar pasien			494,267,123
Sisanya mencerminkan kapasitas yang tidak terpakai			181,732,877
Sehingga alokasi ke time driven activity based costing			
Biaya Gaji yang dibebankan ke pasien			494,267,123
Jumlah Pasien			4,758
Biaya Per Pasien Untuk Alokasi Time Driven Costing			103,881

Berikut adalah tabel yang menggambarkan hasil total alokasi biaya tidak langsung :

Tabel 12. Total Alokasi Biaya Tidak Langsung Per Kelas Kamar Per Pasien

No	Aktivitas	Suite	Super VIP	VIP / Deluxe	Kelas 1	Kelas 2	Kelas 3
Total Biaya Tidak Langsung / Pasien							
1	Pelayanan Pasien	321,664	321,664	321,664	160,832	107,221	80,416
2	Perawatan Pasien	229,470	229,470	229,470	114,735	76,490	57,367
3	Administrasi	90,886	90,886	90,886	45,443	30,295	22,721
4	Pemeliharaan	301,495	266,438	175,288	87,644	58,429	82,385
5	Penyusutan	15,632	13,815	9,089	4,544	3,030	4,272
6	Penyusutan Non Bangunan	33,562	30,479	30,479	11,096	10,548	10,616
7	Administrasi Pasien Rawat Inap	103,881	103,881	103,881	103,881	103,881	103,881
	Total	1,096,590	1,056,632	960,756	528,175	389,894	361,659

Setelah didapatkan alokasi biaya tidak langsung, maka selanjutnya akan digabung dengan komponen biaya langsung, untuk mendapatkan *unit cost* per kelas kamar per pasien. Berikut adalah tabel yang menggambarkan total biaya kamar rawat inap dengan ABC dan TDABC sebagai berikut :

**Tabel 13. *Unit Cost* Kamar Rawat Inap Per Pasien
Metode *Activity Based Costing* dan *Time Driven Activity Based Costing***

Kelas Kamar Rawat Inap	Biaya Langsung	Biaya Tidak Langsung	Total Biaya
Suite	686,301	1,096,590	1,782,891
Super VIP	536,301	1,056,632	1,592,933
VIP / Deluxe	536,301	960,756	1,497,058
Kelas 1	376,301	528,175	904,476
Kelas 2	316,301	389,894	706,196
Kelas 3	296,301	361,659	657,961

Berikut adalah tabel yang menggambarkan perbandingan selisih total biaya antara metode konvensional dengan ABC dan TDABC :

Tabel 14. Perbandingan Selisih *Unit Cost* Antara *Metode Activity Based Costing* dan *Time Driven Activity Based Costing* dengan Metode Konvensional Per Kelas Per Pasien

Kelas Kamar Rawat Inap	Unit Cost - Metode Time Driven Activity Based Costing	Unit Cost - Metode Konvensional	Jumlah Selisih	% Selisih
Suite	1,782,891	1,789,377	(6,486)	-0.4%
Super VIP	1,592,933	1,639,377	(46,443)	-2.9%
VIP / Deluxe	1,497,058	1,639,377	(142,319)	-9.5%
Kelas 1	904,476	927,839	(23,363)	-2.6%
Kelas 2	706,196	683,993	22,203	3.1%
Kelas 3	657,961	572,070	85,891	13.1%

Analisa atas selisih *unit cost* tersebut adalah :

1. Kelas Suite
Selisih minus 0.4% , artinya hasil perhitungan dengan metode ABC dan TDABC menghasilkan *unit cost* yang lebih kecil sebesar 0.4% .
2. Kelas Super VIP
Selisih minus 2.9% , artinya hasil perhitungan dengan metode ABC dan TDABC menghasilkan *unit cost* yang lebih kecil sebesar 2.9%.
3. Kelas VIP/Deluxe
Selisih minus 9.5% , artinya hasil perhitungan dengan metode ABC dan TDABC menghasilkan *unit cost* yang lebih kecil sebesar 9.5%.
4. Kelas 1
Selisih minus 2.6% , artinya hasil perhitungan dengan metode ABC dan TDABC menghasilkan *unit cost* yang lebih kecil sebesar 2.6%.
5. Kelas 2
Selisih plus 3.1% , artinya hasil perhitungan dengan metode ABC dan TDABC menghasilkan *unit cost* yang lebih besar sebesar 3.1%.
6. Kelas 3
Selisih plus 13.1% , artinya hasil perhitungan dengan metode ABC dan TDABC menghasilkan *unit cost* yang lebih besar sebesar 13.1%

KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perhitungan unit cost dengan metode konvensional yang selama ini diterapkan di Rumah Sakit X tidak lagi sesuai dengan kondisi operasional yang ada. Metode tersebut menimbulkan distorsi biaya, terutama dalam alokasi biaya tidak langsung yang hanya didasarkan pada estimasi persentase, sehingga menghasilkan perhitungan unit cost yang kurang akurat. Ketidakakuratan ini berdampak pada penetapan tarif kamar rawat inap yang tidak sesuai, yang pada akhirnya berkontribusi terhadap penurunan margin rumah sakit.

Sebaliknya, penerapan metode ABC dan TDABC menunjukkan hasil yang lebih akurat dan relevan dengan kondisi aktual Rumah Sakit X. Kedua metode ini menggunakan dasar alokasi biaya yang lebih tepat, yaitu berdasarkan aktivitas dan waktu, sehingga mampu menghasilkan perhitungan unit cost yang lebih mencerminkan konsumsi sumber daya secara nyata. Dengan demikian, hasil perhitungan tersebut dapat digunakan sebagai dasar dalam penetapan tarif kamar rawat inap yang lebih akurat dan rasional.

Penetapan tarif yang lebih tepat diharapkan dapat meningkatkan margin Rumah Sakit X serta mendukung keberlanjutan operasional. Selain itu, penerapan ABC dan

TDABC juga memberikan informasi biaya yang lebih komprehensif bagi manajemen dalam mendukung pengambilan keputusan. Melalui identifikasi aktivitas bernilai tambah dan tidak bernilai tambah, manajemen dapat lebih mudah memahami struktur biaya serta mengendalikan potensi pemborosan yang sebelumnya tidak teridentifikasi.

SARAN

Berdasarkan keterbatasan yang terdapat dalam penelitian ini, beberapa saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

1. Bagi Rumah Sakit
 - a. Mempertimbangkan penggunaan ABC dan TDABC
Manajemen rumah sakit disarankan untuk mempertimbangkan penerapan metode ABC dan TDABC dalam perhitungan biaya pelayanan. Implementasi dapat dilakukan secara bertahap, dimulai dari layanan kamar rawat inap. Pendekatan ini dinilai lebih realistis dengan mempertimbangkan keterbatasan data, sumber daya manusia, serta sistem informasi yang tersedia di rumah sakit.
 - b. Mempertimbangkan sistem integrasi
Manajemen rumah sakit disarankan untuk mengintegrasikan proses alokasi biaya berbasis ABC dan TDABC ke dalam sistem informasi rumah sakit. Pencatatan waktu pelayanan, pemanfaatan kapasitas, serta alur proses layanan yang terdokumentasi secara sistematis akan meningkatkan akurasi perhitungan biaya sekaligus mendukung peningkatan kualitas pelayanan kepada pasien.
2. Saran untuk penelitian selanjutnya
 - a. Memperluas cakupan layanan
Mengembangkan alokasi perhitungan ABC dan TDABC pada bidang layanan yang lain, misalnya rawat jalan atau poliklinik, layanan kamar operasi, laboratorium dan layanan lainnya
 - b. Mengembangkan fokus penelitian ABC dan TDABC secara penuh
Menggunakan perhitungan alokasi waktu untuk semua aktivitas, sehingga tercipta perhitungan ABC dan TDABC yang lebih utuh dan akurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Asyari, A. (2023). Analisis pengukuran tarif rawat inap: Studi komparatif antara *full costing* dan *activity-based costing* pada RS Meilia Cibubur. *Jurnal Akuntansi*, 12(2), 125–136.
- Asyari, A. P. (2020). Evaluasi model perhitungan tarif dasar kamar rawat inap pasien berdasarkan metode *activity-based costing*: Studi pada RS Siloam Kebon Jeruk. *Jurnal Ekonomi, Manajemen, Bisnis dan Sosial*, 1(46), 34–39.
- Bonde, F. A., Manossoh, H., & Wangkar, A. (2021). Penerapan *activity-based costing* pada tarif jasa rawat inap Rumah Sakit Umum Gereja Masehi Injili di Minahasa (GMIM) Pancaran Kasih Manado. *Jurnal EMBA*, 9(3), 201–210.
- Carter, W. K., & Usry, M. F. (2014). *Cost accounting* (14th ed.). Cengage Learning.
- Cooper, R., & Kaplan, R. S. (1991). Profit priorities from activity-based costing. *Harvard Business Review*, 69(3), 130–135.
- Dewi, A. A. (2024). Analisis penerapan metode *activity-based costing* dalam menentukan tarif jasa rawat inap pada Rumah Sakit Primaya Bekasi Utara. *Jurnal Akuntansi dan Manajemen*, 1(1), 9–15.

- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (4th ed.). Oxford University Press.
- Gapenski, L. C., & Reiter, K. L. (2016). *Healthcare finance: An introduction to accounting and financial management* (6th ed.). Health Administration Press.
- Hansen, D. R., & Mowen, M. M. (2015). *Cost management: Accounting and control* (6th ed.). Cengage Learning.
- Horngren, C. T., Datar, S. M., & Rajan, M. V. (2018). *Cost accounting: A managerial emphasis* (15th ed.). Pearson.
- Kaplan, R. S., & Anderson, S. R. (2007). *Time-driven activity-based costing: A simpler and more powerful path to higher profits*. Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. S., & Cooper, R. (1998). *Cost & effect: Using integrated cost systems to drive profitability and performance*. Harvard Business School Press.
- Keel, G., Muhammad, R., Savage, C., Spaak, J., Gonzalez, I., Lindgren, P., Guttmann, C., & Mazzocato, P. (2020). Time-driven activity-based costing for patients with multiple chronic conditions: A mixed-method study to cost care in a multidisciplinary and integrated care delivery centre at a university-affiliated tertiary teaching hospital in Stockholm, Sweden. *BMJ Open*, 10(6), e032573. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032573>
- Mulyadi. (2015). *Akuntansi biaya* (Edisi ke-5). Sekolah Tinggi Ilmu Manajemen YKPN.
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*, 91(10), 50–70.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Harvard Business School Press.
- Supriyono. (2016). *Akuntansi biaya: Pengumpulan biaya dan penentuan harga pokok* (Edisi ke-3). BPFE.
- Widia, S. S., & Kawedar, W. (2018). Implementasi metode *activity-based costing* dalam menentukan unit cost poliklinik (Studi kasus pada Rumah Sakit Nasional Diponegoro). *Diponegoro Journal of Accounting*, 7(4), 1–7.
- Witjaksono, A. (2013). *Akuntansi biaya*. Graha Ilmu.
- Blocher, E. J., Stout, D. E., Juras, P. E., & Smith, S. D. (2022). *Cost management: A strategic emphasis* (9th ed.). McGraw-Hill.
- Garrison, R. H., Noreen, E. W., & Brewer, P. C. (2021). *Managerial accounting* (17th ed.). McGraw-Hill Education.
- Maher, M. W., Stickney, C. P., & Weil, R. L. (2018). *Managerial accounting: An introduction to concepts, methods, and uses* (13th ed.). Cengage Learning.
- Turney, P. B. B. (2008). *Activity-based costing: An emerging foundation for performance management*. Cost Technology.
- Baker, J. J. (1998). *Activity-based costing and activity-based management for health care*. Aspen Publishers.
- Kaplan, R. S. (2014). Improving value with TDABC. *Healthcare Financial Management*, 68(6), 76–83.