

LAPORAN PENELITIAN



**SURVEY KOMPOSISI BIAYA PERAWATAN KESEHATAN
PADA BERBAGAI TIPE RUMAH SAKIT
DI DAERAH ISTIMEWA JOGYAKARTA**

Oleh:

Dr. Anastasia Susty Ambariani, SE, MSi., Akt, C.A.
Dra. Ch. Wiwik Sunarni, MSA., Akt, C.A.

**PROGRAM STUDI AKUNTANSI
FAKULTAS EKONOMI
UNIVERSITAS ATMA JAYA YOGYAKARTA
2014**

LEMBAR PENGESAHAN PENELITIAN INTERNAL KELOMPOK

(Berdasarkan SK Rektor Nomor 101/HP/Per.Pen/2012)

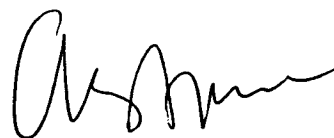
1	Judul Laporan Penelitian	Survey Komposisi Biaya Perawatan Kesehatan Pada Berbagai Tipe Rumah Sakit di Daerah Istimewa Yogyakarta	
2	Kata Kunci (Inggris)	<i>Health expenses, hospital management, planning, controlling and decision making</i>	
3	Jenis Kegiatan	lapangan	
4	Nama Ketua Peneliti	Dr. Anastasia Susty A., MSi., Akt., C.A.	
	Pangkat/Golongan	Lektor/ IIIC	
	NPP/NIDN	NPP:09.91.355/NIDN: 0529044601	
	Jabatan	-	
	Unit/Fakultas/Jurusan	Fakultas Ekonomi/Program Studi Akuntansi	
	Alamat	Jln. Babarsari 43 Yogyakarta, 55281	
	No. Telp/Faks	0274-487711/0274-485227	
	Email		
5	Lokasi Penelitian	Daerah Istimewa Yogyakarta	
6	Jarak dari Kampus UAJY	(Km)	(Jam)
7	Waktu Pelaksanaan	Periode: Juli 2013	Waktu Efektif: (Jam)
8	Beban SKS	Ketua: (sks)	Anggota: (sks)
9	Biaya	Dana UAJY	Dana Pribadi Peneliti
		Rp. 12.200.000	
	Jumlah Total	Rp. 12.200.000	
	Terbilang	Dua belas juta dua ratus Ribu Rupiah	

Yogyakarta, Maret 2014

Ketua Peneliti,

Mengetahui dan Menyetujui
Pimpinan Unit,


Dr. Dorothea Wahyu Ariani, MT
NPP: 12.93.475/NIDN: 0503047102
FAKULTAS
EKONOMI



Dr. Anastasia S.A., MSi., Akt., C.A.
NPP: 09.91.355/NIDN: 0529046401

Mengetahui dan Menyetujui
Ketua LPPM,


Dr. Ir. Y. Djarot Purbadi, MT
NPP: 08.87.217/NIDN: 0516065701

Abstraksi

Kesejahteraan masyarakat merupakan basic requirement untuk mencapai keunggulan kompetitif suatu bangsa dalam perekonomian global. Indonesia masih sangat jauh dibandingkan negara ASEAN apalagi negara-negara maju lainnya. Saat ini negara kita berada pada peringkat 50 berdasarkan *competitive index* dan pada peringkat 70 untuk pilar *health and primary education*. Salah satu pemicu rendahnya peringkat Indonesia di bidang kesehatan adalah tingginya biaya kesehatan. Untuk meningkatkan tingkat kesehatan masyarakat, perencanaan dan pengelolaan biaya kesehatan yang baik sangat diperlukan. Langkah awal yang diperlukan adalah pemahaman komponen-komponen pembentuk biaya kesehatan di rumah sakit. Dengan mengetahui komposisi biaya perawatan kesehatan, akan dapat dengan mudah dideteksi komponen biaya manakah yang dapat dikendalikan dan komponen biaya manakah yang tidak dapat dikendalikan. Selanjutnya dapat dibuat suatu kebijakan-kebijakan, baik oleh pemerintah maupun manajemen rumah sakit tentang tindakan-tindakan dan strategi-strategi yang harus dilakukan untuk dapat melakukan pengendalian biaya perawatan kesehatan.

Berdasarkan 42 responden (kuitansi rawat inap) yang berasal dari 7 rumah sakit swasta dan 2 rumah sakit pemerintah dapat diketahui bahwa secara umum, komponen biaya perawatan kesehatan di daerah istimewa Yogyakarta terdiri dari: (1) Biaya akomodasi; (2) Biaya jasa pelayanan; (3) Biaya obat; (4) biaya laboratorium ;(5) Biaya penggunaan alat kesehatan dan (6) Biaya administrasi. Pada semua rumah sakit yang diteliti, baik kelas 1, 2, 3 dan VIP, komponen biaya terbesar dalam biaya perawatan kesehatan di daerah istimewa Yogyakarta adalah biaya obat, diikuti oleh biaya akomodasi, biaya jasa pelayanan, biaya laboratorium dan biaya penggunaan alat kesehatan.

Key words: *health expenses, hospital management, planning, controlling and decision making*

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Kasih atas limpahan berkat dan kekuatan kasih-Nya sehingga Laporan Hasil Penelitian ini dapat terselesaikan. Tiada Gading yang Tak Retak, begitu pula dengan Laporan Hasil Penelitian ini bukanlah suatu karya yang sempurna. Masih terdapat banyak sekali kekurangan di dalamnya yang masih perlu untuk mendapatkan saran, pendapat, komentar, serta perbaikan. Namun demikian usaha, perjuangan, dan kerja keras dalam melakukan sesuatu tentu tidak akan menjadikan segala sesuatunya menjadi sia-sia, demikian pula dengan Laporan Hasil Penelitian dengan judul: "Survey Komposisi Biaya Perawatan Kesehatan Pada Berbagai Tipe Rumah Sakit di Daerah Istimewa Yogyakarta".

Banyak pihak yang telah memberikan andil dalam pembuatan karya penelitian ini sampai menjadi bentuk laporan akhir, dan penulis mengucapkan banyak terima kasih. Penulis berharap semoga hasil penelitian ini dapat bermanfaat bagi para pembaca dan penulis masih mengharapkan saran, komentar, pendapat, koreksi bagi perbaikan penelitian ini maupun untuk penelitian-penelitian yang akan datang.

Yogyakarta, 24 Maret 2014

Ketua Peneliti,

Dr. Anastasia Susty A., MSi., Akt, C.A

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
ABSTRAKSI	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vi
 BAB I PENDAHULUAN	
I.1. LATAR BELAKANG PENELITIAN	1
I.2. PERUMUSAN MASALAH	9
I.3. TUJUAN PENELITIAN	10
I.4. MANFAAT/SIGNIFIKANSI PENELITIAN	10
I.5. JADWAL PELAKSANAAN PENELITIAN	11
I.6. PERSONALIA PENELITIAN	11
 BAB II TINJAUAN TEORITIS	
II.1. KESEHATAN DAN KEUNGGULAN KOMPETITIF BANGSA	12
II.2. RUMAH SAKIT SEBAGAI ORGANISAI JASA	
II.2.1. DEFINISI DAN KARAKTERISTIK JASA	15
II.2.2. DEFINISI DAN KARAKTERISTIK RUMAH SAKIT	17
II.3. JENIS BIAYA DAN PERANAN INFORMASI BIAYA BAGI RUMAH SAKIT	
II.3.1. PENGERTIAN BIAYA DAN KLASIFIKASI BIAYA	22
II.3.2. PERANAN INFORMASI BIAYA BAGI RUMAH SAKIT	26
 BAB III METODE PENELITIAN	
III.1. JENIS PENELITIAN DAN VARIABEL PENELITIAN	31
III.2. TEMPAT DAN SUBYEK PENELITIAN	32
III.3. METODE PENGUMPULAN DATA	33
 BAB IV HASIL PENELITIAN, ANALISIS DAN PEMBAHASAN	
IV.1. HASIL PENELITIAN	37
IV.1.1 IDENTIFIKASI KOMPONEN BIAYA RUMAH SAKIT	38
IV.1.2 PROPORSI BIAYA PERAWATAN KESEHATAN RUMAH SAKIT	41
IV.2. PEMBAHASAN	51
 BAB V KESIMPULAN	56
DAFTAR PUSTAKA	57

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Posisi Kompetitif Negara Asia tenggara	4
Tabel 1.2	Peringkat kesejahteraan Negara Asia Tenggara Dalam bidang kesehatan dan Pendidikan Dasar	5
Tabel 3.1	Skema Proporsi Biaya Rawat Inap di DIY	36
Tabel 4.1	Proporsi Biaya Akomodari dari Total Biaya Perawatan rumah sakit di DIY.....	37
Tabel 4.2	Proporsi Biaya Akomodasi di setiap rumah sakit dan setiap kelas perawatan	42
Tabel 4.3	Proporsi Biaya Obat dari Total Biaya Perawatan Kesehatan di Rumah Sakit	43
Tabel 4.4	Proporsi Biaya obat di setiap rumah sakit dan setiap kelas perawatan.	44
Tabel 4.5	Proporsi Biaya Jasa Pelayaani Kesehatan dari Total Biaya Perawatan rumah sakit	45
Tabel 4.6	Proporsi Biaya Jasa Pelayanan Kesehatan di setiap rumah sakit dan setiap kelas perawatan.....	46
Tabel 4.7	Proporsi Biaya Pemeriksaan Laboratorium dari Total Biaya Perawatan rumah sakit	48
Tabel 4.8	Proporsi Biaya Pemeriksaan Laboratorium di setiap rumah sakit dan setiap kelas perawatan.	49
Tabel 4.9	Proporsi Biaya Penggunaan Alat Kesehatan dari Total Biaya Perawatan rumah sakit	51
Tabel 4.10	Proporsi Biaya Penggunaan Alat Kesehatan di setiap rumah sakit Dan setiap kelas perawatan	50

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Daftar Riwayat Hidup Peneliti	59
--	----



BAB I PENDAHULUAN

I.1. Latar Belakang

Perkembangan global karena perkembangan teknologi informasi mendorong terciptanya perdagangan bebas antar negara di semua sektor industri. Persaingan yang terjadi bukan lagi berskala regional atau nasional tetapi berskala internasional. Dalam upaya memenangkan persaingan, para manajer sebagai pengelola organisasi membutuhkan informasi yang akurat dalam menjalankan fungsi-fungsinya. Manajer dituntut cepat dan tepat dalam melakukan tugas-tugasnya. Disinilah peran akuntansi yang dapat membantu manajemen menyediakan informasi untuk pengambilan keputusan yang tepat, akurat dan cepattermasuk manajemen organisasi yang bergerak di sektor kesehata, misalnya rumah sakit.

Manajemen rumah sakit sebagai penyedia jasa kesehatan memerlukan informasi dalam setiap langkah yang akan dilakukan, baik informasi tentang internal organisasi itu sendiri, maupun informasi tentang lingkungan diluar organisasi. Hilton and Platt (2011) menyebutkan bahwa pekerjaan sehari-hari manajer suatu organisasi terdiri dari empat (4) aktivitas atau fungsi yaitu *Decision making*, *Planning*, *Directing operational activities* dan *Controlling*. Perencanaan (**planning**) merupakan proses penentuan kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan untuk

mencapai tujuan yang ditetapkan. Alat yang digunakan akuntan manajemen untuk membantu manajemen dalam aktivitas perencanaan adalah anggaran. Pengendalian (***controlling***) merupakan proses yang menjamin bahwa organisasi melaksanakan strateginya sesuai dengan tujuan yang diharapkan dengan cara memonitor pelaksanaan dari suatu rencana dan mengambil tindakan koreksi yang dibutuhkan. Pengendalian biasanya dicapai dengan menggunakan umpan balik. Garrison and Norren (2003) menyebutkan bahwa *Umpan balik(feedback)* merupakan signal apakah kegiatan operasional organisasi berada pada jalur yang benar atau tidak.

Fungsi manajemen yang ketiga adalah Pengambilan keputusan (***decision making***). Pengambilan keputusan adalah proses pemilihan alternatif terbaik dari beberapa alternatif yang ada. Salah satu peran utama sistem informasi akuntansi manajemen adalah menyediakan informasi yang memudahkan proses pengambilan keputusan. Salah satu informasi yang sangat penting bagi manajemen rumah sakit adalah informasi biaya penyediaan setiap jenis jasa yang disediakan bagi pasien.

Fungsi yang keempat adalah Pengarahan (***directing***). Directing merupakan tugas yang berhubungan dengan menjalankan kegiatan organisasi sehari-hari. Fungsi manajemen ini berhubungan dengan usaha memberi bimbingan, masukan, perintah, agar tugas dapat dilaksanakan dengan baik dan benar-benar sesuai dengan apa yang telah ditetapkan semula. Tindakan pengarahan di mulai dari saat melakukan

kegiatan, pengarahan ini dirancang agar pekerja bekerja secara efektif, efisien supaya dapat mencapai tujuan yang sudah ditetapkan. Mengarahkan adalah fungsi membinbing, menginspirasi, mengawasi, supaya tujuan tercapai. Dari definisi di atas terlihat bahwa cara yang tepat dalam melaksanakan fungsi directing ini dapat dilakukan melalui tindakan-tindakan berikut, yaitu (1) Melakukan orientasi tentang tugas-tugas yang akan dilakukan, (2) Memberikan petunjuk umum dan khusus, (3) mempengaruhi dan (4) memotivasi semua anggota organisasi.

Salah satu indikator kesejahteraan bangsa adalah kesehatan. Rendahnya kualitas kesehatan menyebabkan produktivitas bangsa menurun, dan menyebabkan rendahnya keunggulan kompetitif suatu Negara. Kesejahteraan kesehatan merupakan salah satu syarat dasar (*basic requirement*) untuk mencapai keunggulan kompetitif bangsa. Oleh karena itu, salah satu cara untuk meningkatkan keunggulan kompetitif bangsa Indonesia adalah dengan meningkatkan kesejahteraan kesehatan bangsa Indonesia. Menghadapi perkembangan ekonomi global seperti saat ini, Indonesia seperti melaut tanpa sekoci. Negerakita tak memiliki sistem jaminan kesehatan yang dapat melindungi dan menjaga risiko yang sifatnya manusiawi seperti sakit, punya anak, kecelakaan kerja, pensiun, bahkan meninggal.

Kesehatan merupakan hak semua warga negara. Hal ini diatur dalam pasal 28 UUD 45. Bangsa yang sakit akan menurunkan produktivitas negara dan kesejahteraan ekonomi negara. Hal ini dapat berakibat negara kehilangan daya saing

secara global. Dalam *Global Competitive Index* dinyatakan bahwa Aspek kesejahteraan kesehatan dan pendidikan dasar merupakan persyaratan dasar (*basic requirement*) dalam penentuan *Competitive Index* suatu negara. Secara global posisi kompetitive ekonomi Indonesia berada pada ranking 50 (*Global Competitive Index report 2013 -2014*). Jika dibandingkan dengan sesama negara Asia Tenggara, posisi kompetitif global Indonesia berada di posisi ke lima setelah Singapore, Brunei darussalam, malaysia dan Thailand. Tabel 1.1 menunjukkan posisi kompetitif global negara-negara Asia Tenggara

Tabel 1.1
Posisi Kompetitif Negara Asia Tenggara

Negara	Posisi Kompetitif
Singapore	2
Malaysia	25
Brunei Darussalam	28
Thailand	38
Indonesia	50
Filipina	65
Vietnam	75
Cambodia	85
Timor Leste	136

Posisi kompetitif global suatu negara ditentukan oleh empat pilar, yaitu : *basic requirement*, *efficiency enhancer* dan *innovation and sophistication*. Sedangkan faktor *basic requirement* dipengaruhi oleh empat pilar yaitu *institution*, *infrastructure*, *macroeconomic environment* dan *Health and Primary education*. Dalam faktor *basic requirement*, Indonesia menduduki ranking ke 58, di Asia Tenggara, posisi ini berada di bawah Singapore, Brunei Darussalam, Malaysia dan

Thailand. Sedangkan untuk pilar Health and Primary Education, Indonesia berada pada peringkat ke 70. Di Asia Tenggara, posisi ini berada di bawah Singapore, Brunei Darussalam Malaysia dan Vietnam. Tabel 1.2 menggambarkan peringkat Indonesia di dunia dalam hal kesejahteraan kesehatan dan pendidikan dasar

**Tabel 1.2 Peringkat kesejahteraan Negara Asia Tenggara
Dalam bidang kesehatan dan Pendidikan Dasar**

Negara	Peringkat kesejahteraan dalam bidang kesehatan dan pendidikan dasar
Singapore	3
Brunei darussalam	31
Malaysia	33
Vietnam	64
Indonesia	70
Thailand	78
Filipina	98
Cambodia	107

Rendahnya kesejahteraan kesehatan Indonesia diduga disebabkan karena mahalny biaya kesehatan. Hakikatnya kesehatan adalah hak setiap warga Negara, namun kenyataan sangat berbeda. Sesuatu yang menjadi hak orang banyak justru menjadi beban bagi mereka. Mahalnya biaya pengobatan medis selalu menjadi keluhan utama masyarakat Indonesia. Karena alasan tersebut, banyak orang yang tidak mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak dan membuat kesehatan mereka semakin memburuk. Meskipun pemerintah mempunyai program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin, tetapi sebagian besar warga Negara Indonesia golongan menengah yang tidak mendapat jaminan kesehatan dari pemerintah justru yang paling merasakan beratnya untuk mendapat pelayanan kesehatan, terutama

jika mereka harus dirawat inap. Beberapa faktor yang menyebabkan mahal biaya kesehatan adalah: (1) rendahnya kesadaran masyarakat akan kesehatan. Hal ini menyebabkan mereka tidak menaruh perhatian pada faktor-faktor dasar yang dapat mencegah masyarakat terjangkit suatu penyakit. (2) Tidak adanya standar pelayanan kesehatan., (3) Tingginya harga obat. Meskipun pemerintah telah menyarankan penggunaan obat generik yang lebih murah, akan tetapi ketidakpercayaan atas kualitas obat generik seringkali menyebabkan dokter lebih banyak memberikan obat paten (4) mahal biaya peralatan kedokteran yang berakibat pada tingginya beban yang harus ditanggungkan kepada pasien atas suatu tindakan pelayanan kesehatan, (5) Rendahnya kesadaran masyarakat terhadap asuransi kesehatan.

Biaya kesehatan di Indonesia selama periode tahun 2000 hingga 2010 telah mengalami peningkatan yang signifikan. Bahkan besaran biaya kesehatan ini disebut- sebut jauh lebih besar daripada laju inflasi pada periode yang sama (republika.co.id). Komponen Biaya perawatan kesehatan pada umumnya terdiri dari biaya tindakan pelayanan kesehatan, biaya obat-obatan, biaya penggunaan fasilitas kesehatan dan biaya administrasi. Mahalnya biaya perawatan kesehatan dipengaruhi oleh keempat komponen biaya di atas. Tidak adanya standar pelayanan kesehatan dapat menyebabkan dokter bisa melakukan variasi tindakan yang berakibat pada tindakan pelayanan yang berlebihan. Tindakan yang berlebihan akan berakibat pada tingginya biaya kesehatan. Tingginya biaya tindakan dokter tidak berkorelasi positif dengan tingginya gaji dokter. Wakil Gubernur DKI, Basuki, bahkan

mengatakan bahwa gaji dokter lebih rendah daripada supir bus Trans Jakarta (Liputan 6.Com). Ketua IDI Solo, dr Ganung Harsono juga menyatakan bahwa gaji dokter di Indonesia relative rendah dibandingkan dengan beban kerja yang harus ditanggung (SoloPos.com). Rendahnya gaji dokter itulah yang kemudian bisa menyebabkan dokter melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan pendapatannya, misalnya melayani pasien terlalu banyak, sehingga pelayanan menjadi kurang optimal. Kurang optimalnya pelayanan dapat menyebabkan rendahnya kualitas pelayanan yang dapat berakibat pada tingginya biaya kesehatan karena pasien harus berulang kali datang. Selain itu, tidak adanya standar pelayanan juga memungkinkan dokter untuk melakukan tindakan berlebihan daripada yang seharusnya yang bisa berakibat pada tingginya biaya kesehatan.

Tingginya harga obat juga menjadi salah satu pemicu tingginya biaya kesehatan. Meskipun pemerintah berusaha mengendalikan harga obat melalui obat-obat generik, namun penggunaan obat-obat paten masih mendominasi dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Dominasi penggunaan obat-obat paten dalam pelayanan kesehatan dapat disebabkan karena ketidakpercayaan dokter terhadap kualitas obat generik. Selain itu perilaku kurang etis pada para dokter yang bekerja sama dengan perusahaan farmasi juga diduga menjadi penyebab keengganan para dokter untuk menggunakan obat-obatan generik.

Mahalnya peralatan fasilitas kesehatan menyebabkan rumah sakit dan fasilitas kesehatan lainnya berupaya untuk memanfaatkan seoptimal mungkin

peralatan tersebut. Optimalisasi penggunaan fasilitas kesehatan dapat memicu pembebanan biaya kepada pasien, sehingga menyebabkan semakin tingginya biaya biaya kesehatan yang harus ditanggung oleh masyarakat. Direktur Program Pascasarjana Universitas Paramadina, Dinna Wisnu PhD mengatakan, saat ini hanya sekitar 3 persen rakyat Indonesia yang memiliki jaminan kesehatan. Mereka pada umumnya adalah karyawan atau pegawai di instansi pemerintahan dan swasta lainnya. Selebihnya, terutama rakyat miskin tidak memiliki jaminan kesehatan ataupun jaminan sosial lainnya seperti jaminan di hari tua. (www.manajemen-jaminankesehatan.net)

Biaya tindakan/pelayanan, biaya obat dan biaya fasilitas kesehatan merupakan komponen biaya yang signifikan dalam membentuk biaya perawatan kesehatan. Pengendalian terhadap tiga komponen biaya tersebut dapat mengurangi tingginya biaya kesehatan. Berkurangnya biaya kesehatan akan membawa pengaruh positif bagi pasien, pasien menjadi lebih bersedia untuk menjalani perawatan kesehatan dan derajat kesehatan masyarakat menjadi meningkat. Bagi pihak rumah sakit dan fasilitas kesehatan, rendahnya biaya perawatan kesehatan pasien, tanpa mengurangi kualitas pelayanan juga akan membawa dampak positif, yaitu semakin tingginya kepercayaan pasien terhadap rumah sakit atau fasilitas kesehatan. Tingginya kepercayaan pasien terhadap pelayanan rumah sakit atau fasilitas kesehatan akan berdampak positif bagi bisnis rumah sakit atau pelayanan kesehatan.

Cooper (1998) menyatakan bahwa kondisi perekonomian yang semakin kompetitif mendorong organisasi untuk lebih proaktif dalam mengelola biayanya. Pengendalian terhadap biaya perawatan kesehatan dapat dilakukan dengan baik, jika terdapat pemahaman yang baik terhadap komposisi biaya perawatan kesehatan. Dengan mengetahui komposisi biaya perawatan kesehatan, akan dapat dengan mudah dideteksi komponen biaya manakah yang dapat dikendalikan dan komponen biaya manakah yang tidak dapat dikendalikan. Selanjutnya dapat dibuat suatu kebijakan-kebijakan, baik oleh pemerintah maupun manajemen rumah sakit tentang tindakan-tindakan dan strategi-strategi yang harus dilakukan untuk dapat melakukan pengendalian biaya perawatan kesehatan. Penelitian ini dilakukan untuk mengidentifikasi, bagaimanakah proporsi biaya perawatan kesehatan di rumah sakit dan fasilitas kesehatan.

I.2. RUMUSAN MASALAH

Komponen biaya yang membentuk biaya kesehatan menunjukkan harga yang harus dibayar pasien untuk setiap jenis jasa kesehatan yang dibutuhkan. Pemahaman terhadap komponen atau proporsi biaya kesehatan membantu pihak pemerintah maupun rumah sakit untuk melakukan pengendalian biaya perawatan kesehatan dan perencanaan program-program kesehatan masyarakat dengan lebih baik. Pengambil kebijakan terutama pemerintah akan lebih fokus pada upaya-upaya untuk mengurangi komponen biaya yang mempunyai porsi terbesar dalam biaya

kesehatan. Berdasarkan uraian tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: “Bagaimanakah komposisi biaya perawatan kesehatan di berbagai tipe rumah sakit swasta di Daerah Istimewa Yogyakarta”

I.3. TUJUAN PENELITIAN

Penelitian ini bertujuan untuk:

1. Mengidentifikasi komponen biaya perawatan kesehatan yang harus ditanggung masyarakat di Daerah istimewa yogyakarta
2. Mendeskripsikan proporsi biaya perawatan kesehatan yang harus ditanggung masyarakat di Daerah Istimewa Yogyakarta
3. Membandingkan proporsi setiap komponen biaya perawatan kesehatan diantara beberapa rumah sakit swasta di Daerah Istimewa Yogyakarta

I.4. MANFAAT/SIGNIFIKANSI PENELITIAN

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi berbagai pihak berikut ini:

1. Bagi Pemerintah:

Memberikan gambaran tentang komposisi dan proporsi biaya perawatan kesehatan di Daerah Istimewa Yogyakarta untuk selanjutnya dapat digunakan sebagai dasar pembuatan kebijakan-kebijakan yang terkait dengan pengendalian biaya perawatan kesehatan untuk mendukung tercapainya kesejahteraan kesehatan masyarakat

2. Bagi Rumah sakit:

Memberikan gambaran tentang komposisi dan proporsi biaya perawatan kesehatan di daerah Istimewa Yogyakarta dan membandingkan dengan komposisi dan biaya perawatan kesehatan di rumah sakit untuk selanjutnya dapat digunakan sebagai dasar untuk melakukan pengendalian biaya perawatan kesehatan di rumah sakit.

I.5. JADWAL PELAKSANAAN

Kegiatan	Bulan					
	1	2	3	4	5	6
1. Studi Pustaka						
2. Pengumpulan Data						
3. Pengolahan Data						
4. Analisis dan Interpretasi Data						
5. Penyusunan Draft Laporan						
6. Pengandaan dan penjilidan						

I.6. PERSONALIA PENELITIAN

1. Ketua Peneliti	
a. Nama Lengkap	: Dr. Anastasia Susty A, MSi,C.A, Akt.
b. Golongan /Pangkat	: III. C/ Penata Muda
c. Jabatan Fungsional	: Lektor
d. Fakultas/Program studi	: Ekonomi/Akuntansi
e. Bidang Keahlian	: Akuntansi Manajemen
f. Waktu untuk penelitian	: 12jam/minggu

2. Anggota peneliti	
a. Nama Lengkap	: Dra. Ch. Wiwik Sunarni, MSA.,CA, Akt.
b. Golongan /Pangkat	: III. C/ Penata Muda
c. Jabatan Fungsional	: Lektor
d. Fakultas/Program studi	: Ekonomi/Akuntansi
e. Bidang Keahlian	: Akuntansi Manajemen
f. Waktu untuk penelitian	: 12jam/minggu

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

II.1. Kesehatan dan Keunggulan Kompetitif Bangsa

Keunggulan kompetitif sebuah bangsa, dalam konteks global atau regional dapat dipahami sebagai keadaan sebuah bangsa memiliki sejumlah kelebihan signifikan sebagai pemain untuk memenangkan persaingan dalam rantai produksi dan transaksi baik barang maupun jasa, ditingkat global maupun regional. Keunggulan kompetitif bangsa harus dimulai dengan meningkatkan kesejahteraan dan kualitas bangsa itu sendiri. Dalam Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 diamanatkan bahwa tujuan nasional, antara lain, memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa. Keunggulan kompetitif suatu bangsa dapat diukur melalui indeks yang terdiri dari tiga faktor, yaitu: (*World Economic Forum report. 2012-2013*)

1. Basic requirement subindex (indek dasar)
2. Efficiency enhancers subindex (indek pemicu efisiensi)
3. Innovation and sophistication subindex (inovasi dan teknologi)

Dalam Subindex dasar (*basic requirement*) terdiri dari tiga faktor, yaitu:

1. Kelembagaan (*institution*)
2. Infrastruktur (*infrastructure*)
3. Lingkungan ekonomi makro
4. Kesehatan dan Pendidikan dasar (*health and Primary Education*)

Dari sudut pandang persaingan global, “competitiveness “ Indonesia masih berada di peringkat bawah dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya. Menurut GCI untuk tahun 2011/12, Indonesia berada di peringkat 46 yang berada jauh di bawah Singapura (2) dan Malaysia (21). Dari peringkat tersebut terlihat bahwa “competitiveness” Indonesia masih sangat lemah, hal ini tercermin pada tertinggalnya Indonesia tidak hanya di bidang ekonomi tetapi juga di bidang lainnya termasuk kesehatan dan pendidikan. Dengan sub indeks persyaratan dasar berada di peringkat bawah, maka ke depan jika kita ingin meningkatkan daya saing Indonesia, keempat pilar subindex di atas harus menjadi agenda prioritas negara terlebih dahulu termasuk kesehatan.

Berdasarkan *Global Competitive Index*, kesehatan merupakan salah satu syarat dasar pembentuk indeks keunggulan kompetitif bangsa. Oleh karena itu pencapaian kesejahteraan kesehatan suatu bangsa merupakan hal yang tidak dapat ditawar-tawar lagi. Di Indonesia, hak atas hidup sehat dan mendapatkan pelayanan kesehatan dijamin dalam Undang-Undang Dasar pasal 28 H, ayat 1 yang berbunyi

“setiap orang berhak hidup sejahtera, lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”

Kesejahteraan kesehatan warga negara Indonesia juga dijamin dalam Undang-Undang Republik Indonesia no 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Dalam Undang-undang tersebut, kesehatan didefinisikan sebagai berikut:

“ Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis”

Dalam Undang-undang tersebut juga dinyatakan bahwa kesehatan merupakan salah satu hak azasi manusia dan pengupayaan kesejahteraan kesehatan harus dilaksanakan berdasarkan non diskriminatif, partisipatif dan berkelanjutan. Perangkat untuk mencapai kesejahteraan kesehatan di Indonesia dilakukan melalui pengembangan program Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Program Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah merupakan program yang dilaksanakan untuk memenuhi amanat UUD 1945 yang mewajibkan Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Program Jaminan Sosial tersebut akan meliputi Program jaminan Kesehatan Nasional dan Program jaminan Ketenagakerjaan. Pelaksana Program Jaminan Nasional tersebut adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

II.2. Rumah Sakit Sebagai Organisasi Jasa

II.2.1. Definisi dan karakteristik Jasa

Keberhasilan Program Jaminan Sosial Kesehatan dipengaruhi oleh kualitas pelayanan kesehatan, baik pelayanan kesehatan primer, sekunder maupun tersier.

Dalam Sistem Jaminan Nasional Kesehatan, Rumah sakit merupakan rujukan atas pelayanan primer. Sebagai rujukan atas pelayanan primer, rumah sakit merupakan variabel penting dalam keberhasilan program jaminan sosial kesehatan. Pengelolaan rumah sakit secara baik dan profesional akan menjadi faktor yang berpengaruh besar terhadap keberhasilan program jaminan social kesehatan.

Secara umum rumah sakit merupakan salah satu perusahaan yang menghasilkan produk berupa jasa yaitu jasa kesehatan. Dibandingkan dengan produk berupa barang, produk jasa mempunyai 4 karakteristik khusus (Hanson and Mowen, 2006:7) yaitu *Intangibility*, *Perishability*, *Inseparability* dan *heterogeneity*. Kotler (2003: 265) juga berpendapat sama bahwa suatu jasa mempunyai empat karakter khusus, yakni: (1) tanpa wujud (*service intangibility*), (2) keterikatan jasa pelayanan dan penyedia jasa tidak dapat dipisahkan (*service inseparability*), (3) variabilitas pelayanan (*service variability*), dan (4) pelayanan langsung digunakan dan habis (*service perishability*).

Intangibility atau tidak berwujud berarti bahwa jasa/service tidak dapat dilihat, diraba, didengar, atau dicium sebelum jasa itu dibeli. Implikasi bagi konsumen, ketidakpastian dalam pembelian jasa relatif tinggi, dan merasakan resiko yang lebih besar dalam keputusan pembeliannya yang disebabkan oleh:

- a. Terbatasnya *search qualities*, yakni karakteristik fisik yg bisa dievaluasi sebelum pembelian dilakukan. Kualitas jasa seperti apa dan bagaimana yang

akan diterima konsumen, umumnya tidak diketahui sebelum jasa tersebut dikonsumsi.

- b. Jasa biasanya mengandung unsur *experience quality*, adalah karakteristik yang dapat dinilai setelah pembelian, seperti kualitas, efisiensi dan kesopanan.
- c. Adanya *credence quality*, adalah karakteristik yang sulit dinilai, bahkan setelah pembelian dilakukan.

Inseparability berarti bahwa penyedia jasa tidak dapat dipisahkan dari pengguna jasa itu sendiri, mereka harus melakukan hubungan langsung tidak dapat diwakilkan. Interaksi antara produsen dan konsumen merupakan faktor penting yang menentukan kepuasan konsumen. Produk berupa barang biasanya diproduksi, kemudian dijual lalu dikonsumsi. Sedangkan produk berupa jasa dijual terlebih dahulu, baru kemudian disediakan dan dikonsumsi pada waktu dan tempat yang sama.

Variability atau *heterogeneity* menunjukkan bahwa jasa variabilitas jasa sangat tinggi. Hal ini menyebabkan kualitas jasa tergantung pada siapa yang menyediakan atau menghasilkan jasa itu. Jasa bersifat sangat variabel karena merupakan *nonstandardized output*, artinya banyak variasi bentuk, kualitas dan jenis, tergantung pada siapa, kapan, dan dimana jasa tersebut disediakan. *Perishability* berarti bahwa jasa langsung habis dikonsumsi saat itu, tidak

tahan lama, tidak dapat disimpan untuk kemudian dijual kembali atau digunakan di masa mendatang.

II.2.2. Definisi dan karakteristik Rumah Sakit

Sebagai suatu organisasi yang menghasilkan jasa, Rumah sakit berbeda dari organisasi jasa lainnya. Rumah sakit merupakan organisasi yang produknya dapat dikategorikan mempunyai diversitas yang tinggi, rumah sakit juga merupakan organisasi yang mempunyai karakteristik yang berbeda dengan industri manufaktur. Berdasarkan jenisnya, perusahaan dibedakan menjadi (1) perusahaan dagang, yaitu perusahaan yang membeli produk, kemudian menjual kembali, (2) perusahaan manufaktur, perusahaan yang membeli bahan, memprosesnya menjadi produk, dan menjual produk tersebut, (3) perusahaan jasa, perusahaan yang memberikan pelayanan kepada pelanggan, dengan menggunakan fasilitas perusahaan. Jika dianalogkan dengan perusahaan, rumah sakit termasuk dalam golongan yang ketiga, yaitu organisasi yang memberikan pelayanan (kesehatan) kepada para pelanggan.

Rumah sakit adalah suatu organisasi dimana dilakukan kegiatan penentuan penyakit (diagnosa), kegiatan penyembuhan (terapi) dan Kegiatan lain yang ada hubungannya dengan pengembalian fungsi seseorang menjadi sehat. WHO dalam WHO Technical Report Series No. 122/1957 mendefinisikan rumah sakit sebagai berikut :

"A hospital is an institution with beds, where patients receive short or long term treatment and which provides health services such as observation, diagnosis, treatment, and rehabilitation" (yereli, 2009).

Dari definisi tersebut, jelas bahwa rumah sakit berbeda dengan perusahaan dagang atau perusahaan manufaktur. Perbedaan tersebut menyebabkan desain sistem sistem akuntansi biaya dan pengendalian di rumah sakit lebih rumit dibandingkan pada perusahaan dagang atau perusahaan manufaktur. Kerumitan desain sistem akuntansi biaya dan pengendalian di rumah sakit antara lain disebabkan oleh hal-hal sebagai berikut:

- (1) Rumah sakit tidak mempunyai persediaan barang jadi
- (2) Hasil akhir (*outcome*) yang pada rumah sakit sulit distandardisasi, karena layanan yang diberikan oleh rumah sakit merupakan suatu paket layanan, yang mungkin terdiri dari observasi, *treatment* dan rehabilitasi. Untuk setiap pasien mungkin mempunyai paket layanan yang berbeda satu sama lain dan menyebabkan jenis dan kuantitas uji laboratorium, obat dan bahan-bahan medis yang digunakan berbeda-beda.
- (3) Proses penyediaan layanan di rumah sakit sangat kompleks, sehingga menimbulkan jenis layanan yang sangat beragam.
- (4) Proporsi biaya bersama terhadap biaya total pada rumah sakit jauh lebih besar dibandingkan pada perusahaan manufaktur
- (5) Kurangnya data di rumah sakit yang dibutuhkan untuk keperluan akuntansi biaya

- (6) Struktur organisasi matriks di rumah sakit menyebabkan seorang staff mungkin menjalankan beberapa peran sekaligus (contohnya, seorang dokter dapat menjalankan peran fungsional sekaligus struktural/administratif)

Berdasarkan definisi WHO tersebut Masarie dalam www.masarie.wordpress.com menyebutkan bahwa karakteristik rumah sakit meliputi :

1. ***Uncertainty*** atau ketidakpastian, bahwa kebutuhan akan pelayanan rumah sakit tidak bisa dipastikan baik waktunya, tempatnya, maupun besarnya biaya yang dibutuhkan. Sifat inilah yang menyebabkan timbulnya respons penyelenggaran mekanisme asuransi di dalam pelayanan kesehatan. Ciri ini pula yang mengundang mekanisme derma di dalam masyarakat tradisional dan modern. Karena pada akhirnya ciri ini menurunkan keunikan lain yang menyangkut aspek peri kemanusiaan (*humanitarian*) dan etika.
2. ***Asymetry of information***, bahwa konsumen pelayanan rumah sakit berada pada posisi yang lebih lemah sedangkan Rumah Sakit mengetahui jauh lebih banyak tentang manfaat dan kualitas pelayanan yang “dijualnya”. misalnya kasus ekstrim pembedahan, pasien hampir tidak memiliki kemampuan untuk mengetahui apakah ia membutuhkan Kondisi ini sering dikenal dengan *consumer ignorance* atau konsumen yang bodoh.
3. ***Externality***, bahwa konsumsi pelayanan kesehatan/rumah sakit tidak saja mempengaruhi “pembeli” tetapi juga bukan pembeli. Demikian juga risiko

kebutuhan pelayanan kesehatan tidak saja mengenai pasien melainkan juga publik.

Sedangkan menurut Tjandra Y.A (2003:170) dalam www.damandiri.or.id (Jumat, 7 Februrai 2014, jam 11.05) ada tiga ciri khas rumah sakit yang membedakannya dengan organisasi jasa lainnya:

1. Dalam industri rumah sakit, sejogyanya tujuan utamanya adalah melayani kebutuhan manusia, bukan semata-mata menghasilkan produk dengan proses dan biaya yang seefisien mungkin. Unsur manusia perlu mendapatkan perhatian dan tanggung jawab pengelola rumah sakit. Perbedaan ini mempunyai dampak penting dalam manajemen, khususnya menyangkut pertimbangan etika dan nilai kehidupan manusia.
2. Kenyataan dalam industri rumah sakit yang disebut pelanggan (*customer*) tidak selalu mereka yang menerima pelayanan. Pasien adalah mereka yang diobati di rumah sakit. Akan tetapi, kadang-kadang bukan mereka sendiri yang menentukan di rumah sakit mana mereka harus dirawat. Di luar negeri pihak asuransilah yang menentukan rumah sakit mana yang boleh didatangi pasien. Jadi, jelasnya, kendati pasien adalah mereka yang memang diobati di suatu rumah sakit, tetapi keputusan menggunakan jasa rumah sakit belum tentu ada di tangan pasien itu. Hal ini berarti kalau ada upaya pemasaran seperti bisnis lain pada umumnya, maka

target pemasaran itu menjadi amat luas, bisa pasiennya, bisa tempat kerjanya, bisa para Dokter yang praktek di sekitar rumah sakit, dan bias juga pihak asuransi. Selain itu, jenis tindakan medis yang akan dilakukan dan pengobatan yang diberikan juga tidak tergantung pada pasiennya, tapi tergantung dari Dokter yang merawatnya.

3. Dalam menjalankan kegiatan operasionalnya, rumah sakit menunjukkan bahwa betapa pentingnya peran para profesional, yang meliputi antara lain dokter, perawat, ahli farmasi, fisioterapi, radiografer, ahli gizi dan lain-lain.

II.3. Jenis Biaya dan Peranan Informasi Biaya bagi Rumah sakit

II.3.1. Pengertian Biaya dan klasifikasi Biaya

Salah satu informasi akuntansi manajemen yang sangat penting dalam pengelolaan organisasi adalah informasi biaya. Setiap jenis organisasi, baik perusahaan dagang, perusahaan pabrikan atau organisasi yang bergerak di bidang jasa akan membutuhkan informasi biaya. Mulyadi (2003) mendefinisikan biaya sebagai nilai sumber daya yang dikorbankan untuk mewujudkan tujuan tertentu yang diukur dalam satuan mata uang. Pada umumnya tujuan pengorbanan sumber daya adalah untuk menyediakan produk/jasa guna memenuhi kebutuhan konsumen tertentu. Sumber daya yang dimiliki perusahaan, dimanfaatkan seefisien mungkin dalam penyediaan produk/jasa. Kondisi ini menyebabkan semakin sulitnya

menentukan jumlah sumber daya yang dibutuhkan untuk membuat setiap jenis /jasa dengan akurat.

Informasi biaya dapat digunakan dalam pembuatan keputusan baik yang bersifat rutin maupun strategik. Penentuan harga jual produk atau jasa merupakan salah satu contoh pengambilan keputusan yang sangat memerlukan informasi biaya. Sebagai masukan dalam proses pengambilan keputusan informasi biaya memegang peranan penting. Suatu keputusan yang dihasilkan dengan tidak berdasarkan pada informasi yang akurat akan berakibat pada pengambilan keputusan yang salah dan dapat mengganggu kelangsungan hidup perusahaan.

Dilihat dari produk yang dihasilkan, perusahaan dibedakan menjadi tiga yaitu perusahaan dagang, perusahaan pabrikasi atau manufaktur dan perusahaan jasa. Jenis atau macam biaya yang terjadi tentu saja akan sangat bervariasi tergantung pada jenis usaha dan besar kecilnya perusahaan. Untuk memudahkan dalam penyajian informasi biaya yang dibutuhkan manajemen agar dapat mengelola perusahaan secara efektif, maka dalam akuntansi manajemen dikenal konsep *“Different cost for different purpose”* yang artinya yaitu, untuk tujuan yang berbeda kita harus menggunakan konsep biaya yang berbeda pula. Tidak ada satu konsep biaya yang dapat digunakan untuk semua tujuan. Untuk kepentingan berbeda dibutuhkan jenis informasi yang berbeda. Jenis keputusan akan menentukan sifat biaya yang dibutuhkan, bagaimana biaya tersebut dihitung dan nilai biaya tersebut.

Ini berarti jumlah biaya yang berguna untuk satu keputusan mungkin tidak berguna atau mungkin berbahaya jika digunakan untuk keputusan lain. Maka dari itu, dalam akuntansi biaya dikenal berbagai macam klasifikasi atau penggolongan biaya.

Berbagai cara pengelompokan atau klasifikasi biaya dapat digunakan misalnya berdasarkan obyek pengeluaran, perilaku biaya, hubungan biaya dengan obyek biaya, waktu manfaat yang ditimbulkan dan lain sebagainya. Bagi rumah sakit, biaya yang terjadi dapat dikelompokkan berdasarkan hubungannya biaya dengan sesuatu yang dibiayainya menjadi biaya berikut ini:

a. Biaya langsung (*direct cost*)

Biaya langsung adalah merupakan biaya yang terjadi, yang penyebab satu-satunya adalah karena adanya sesuatu yang dibiayainya. Jika sesuatu yang dibiayainya tersebut tidak ada, maka biaya langsung ini tidak akan terjadi. (Mulyadi, 2003:13). Misalnya : Biaya perawatan, biaya diagnostik, biaya terapi, biaya laboratorium, biaya obat, biaya dokter dan biaya-biaya lainnya

b. Biaya tidak langsung (*indirect cost*)

Biaya tidak langsung merupakan biaya yang terjadi tidak hanya disebabkan oleh sesuatu yang dibiayai. Misalnya: Biaya pelayanan paramedis, biaya makan, biaya kebersihan, pemeliharaan gedung dan peralatan medis dll.

Biaya langsung maupun tak langsung ini haruslah dapat dihitung untuk dibebankan kepada setiap pasien yang dirawat. Termasuk pula dalam perhitungan seperti gaji pegawai, medis dan non medis, administrasi dll

Pentingnya penghitungan biaya penyediaan jasa oleh rumah sakit dan komponen biaya rumah sakit juga dituangkan dalam Surat keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1165/MENKES/SK/X/2007. Berdasarkan Surat keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1165/MENKES/SK/X/2007 tentang Pola tarip rumah Sakit Badan Layanan Umum memuat beberapa hal yang berhubungan dengan biaya dalam suatu rumah sakit (www.hukor.depkes.go.id). Pada pasal I yang memuat tentang ketentuan Umum, didefinisikan pengertian “unit cost” bagi rumah sakit. Pada poin 28 disebutkan bahwa “ Unit cost adalah besaran biaya satuan dari setiap kegiatan pelayanan yang diberikan rumah sakit yang dihitung berdasarkan standard akuntansi biaya Rumah sakit”. Surat keputusan menteri kesehatan tersebut juga menjelaskan tentang komponen biaya rumah sakit yang terdiri dari berikut ini:

1. Poin 23 mencantumkan bahwa “ bahan adalah obat-obatan, bahan kimia, alat kesehatan habis pakai yang digunakan secara langsung dalam rangka pencegahan, observasi, diagnosis, pengobatan dan konsultasi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan lainnya”.
2. Poin 24 menjelaskan tentang Biaya Overhead rumah sakit yang merupakan biaya yang timbul karena kegiatan yang dilaksanakan

sehingga menimbulkan biaya fixed dan biaya variabel. Selanjutnya pada poin 24 ini juga mendefinisikan biaya apa saja yang merupakan biaya fixed dan biaya apa saja yang merupakan biaya variabel. Biaya fixed meliputi penyusutan, gaji pegawai honorer, PNS yang dibiayai oleh APBD/APBN, serta biaya lainnya yang bersifat tetap yang terkait pelayanan langsung kepada pasien. Biaya variabel meliputi jasa sarana yang diterima oleh rumah sakit atas pemakaian sarana, fasilitas rumah sakit yang digunakan langsung dalam rangka pencegahan, observasi, diagnosis, pengobatan dan konsultasi, visite, rehabilitasi medik dan atau pelayanan lainnya”.

Berdasarkan SK tersebut di atas jelas bahwa biaya rumah sakit dapat digolongkan berdasarkan perilaku biayanya (*cost behavior*) menjadi biaya tetap dan biaya variabel. Carter (2006) mendefinisikan biaya tetap sebagai “ *One of that does not change in total as business activity increases or decreases*”. Dalam suatu rumah sakit biaya tetap akan merupakan biaya yang secara total tidak berubah meskipun jumlah aktivitas yang dijalankan rumah sakit meningkat atau berkurang. Aktivitas rumah sakit meliputi aktivitas pencegahan, observasi, diagnosis, pengobatan dan konsultasi, visite, rehabilitasi medik dan atau pelayanan lainnya. Biaya variabel oleh Carter (2006) didefinisikan sebagai “ *as one that in total proportionately with the increase in activity and decrease proportionately with the*

decrease in activity". Dalam praktik, hubungan antara jumlah kegiatan dan jumlah biaya variabel merupakan hubungan linear.

II.3.2. Peranan Informasi Biaya bagi Rumah sakit

Akuntansi Rumah Sakit bertujuan untuk memberikan sangat penting dalam pengambilan keputusan untuk masalah dan pengambilan keputusan serta perencanaan. Meskipun desain sistem biaya dan pengendalian yang dibutuhkan di rumah sakit lebih rumit dan kompleks dibandingkan dengan organisasi bisnis lainnya, bukan berarti rumah sakit boleh mengabaikan desain sistem biaya dan pengendalian yang memadai. Sistem biaya dan sistem pengendalian yang tidak memadai dapat mengakibatkan informasi tentang biaya tidak akurat dan menyebabkan kesulitan dalam pengendalian biaya. Informasi tentang biaya yang tidak akurat lebih jauh akan menyebabkan kekeliruan pengambilan keputusan di rumah sakit. Tidak memadainya sistem pengendalian, akan menyebabkan pengeluaran-pengeluaran yang terjadi di rumah sakit menjadi sulit untuk dijelaskan penyebab dan pertanggungjawabannya.

Masalah yang sering menjadi perbincangan dan perdebatan di dunia perumahsakitan adalah tingginya biaya perawatan kesehatan. Masalah tingginya biaya perawatan kesehatan tidak hanya terjadi di Indonesia, tetapi di seluruh dunia. Masalah tingginya biaya perawatan kesehatan antara lain disebabkan karena tingginya biaya obat-obatan dan biaya teknologi kesehatan. Tingginya biaya

kesehatan tidak hanya membebani para pasien, melainkan juga membebani pemerintah dan menjadi perhatian bagi lembaga penyedia asuransi kesehatan. Masalah tingginya biaya perawatan kesehatan agaknya sulit dihindari di berbagai negara, akan tetapi dengan sistem biaya dan sistem pengendalian yang baik, setidaknya tingginya biaya kesehatan dapat dijelaskan penyebabnya. Dengan sistem pengendalian biaya yang memadai, maka penyebab terjadinya biaya kesehatan dapat diketahui dan dapat dikendalikan, sehingga memungkinkan terjadinya efisiensi biaya.

Secara umum, manfaat data atau informasi biaya bagi perusahaan termasuk rumah sakit adalah sebagai berikut ini:

1. Perencanaan: proses penentuan kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan organisasi di kemudian hari
2. Pengendalian: Perbandingan dan evaluasi yang berkelanjutan antara perencanaan dan realisasi untuk mengetahui seberapa jauh hasil yang telah dicapai organisasi.
3. Penentuan Laba: Penentuan laba setiap periode dengan membandingkan antara pendapatan dan seluruh biaya yang terjadi
4. Pengambilan keputusan bisnis: Meliputi penilaian serangkaian alternatif yang ada baik untuk jangka panjang maupun jangka pendek.

Carter and Usry (2002) menyebutkan bahwa pengumpulan, perhitungan, pelaporan dan analisa biaya secara umum dapat membantu manajer organisasi dalam menjalankan tugas-tugas berikut ini:

1. Penyusunan dan pelaksanaan rencana dan anggaran dalam kondisi persaingan dan ekonomi yang ada. Aspek penting dalam sebuah rencana adalah adanya potensi yang dapat memotivasi karyawan untuk bekerja secara konsisten dengan tujuan perusahaan.
2. Penentuan metode penentuan biaya produk (*costing method*) yang memungkinkan dilakukannya pengendalian aktivitas, pengurangan biaya dan peningkatan kualitas.
3. Pengendalian kuantitas fisik persediaan barang dan penentuan biaya setiap jenis produk dan jasa yang dihasilkan perusahaan untuk tujuan penentuan harga jual dan evaluasi kinerja setiap jenis produk, departemen atau divisi.
4. Penentuan biaya yang dikeluarkan dan laba yang diperoleh perusahaan untuk satu periode akuntansi atau periode yang lebih pendek. Tugas ini termasuk penentuan nilai persediaan di akhir periode dan harga pokok penjualan sesuai dengan standard pelaporan Akuntansi yang berlaku untuk pihak luar.

5. Pengambilan keputusan dari berbagai alternatif yang ada, baik yang bersifat jangka pendek atau jangka panjang yang dapat mengubah pendapatan maupun biaya.



BAB III

METODE PENELITIAN

III.1. Jenis Penelitian dan Variabel Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan metode survey. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang bertujuan untuk memberikan gambaran terhadap suatu obyek penelitian (Sekaran, 2007). Jogyanto (2004) mendefinisikan riset diskriptif atau penggambaran merupakan riset yang bertujuan untuk menggambarkan atau mendefinisikan siapa yang terlibat di dalam suatu kegiatan, apa yang dilakukan, kapan dilakukan dan bagaimana melakukannya. Penelitian deskriptif disebut sebagai noneksperimen, karena dalam penelitian ini peneliti tidak melakukan manipulasi variabel dan juga selalu mengutamakan fakta, sehingga peneliti ini murni menjelaskan dan menggambarannya. Tujuan utama dari penelitian deskriptif ialah untuk menggambarkan situasi atau objek dalam fakta yang sebenarnya, secara sistematis dan karakteristik dari subjek dan objek tersebut diteliti secara akurat, tepat dan sesuai kejadian yang sebenarnya

Unit analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien rawat inap di rumah sakit. Penelitian ini menggunakan satu macam variabel, dengan 6 sub variabel. Variabel dalam penelitian ini adalah Proporsi Biaya Perawatan Kesehatan. Proporsi biaya perawatan kesehatan adalah porsi satu jenis biaya yang dibebankan dalam tagihan rawat inap pasien dibandingkan dengan biaya total rawat inap yang

dibebankan kepada pasien. Biaya perawatan kesehatan adalah biaya yang dibebankan kepada pasien oleh rumah sakit atas pelayanan rawatan inap yang diterima oleh pasien. Sub variabel dalam penelitian ini adalah komponen biaya rawat inap pasien. Komponen biaya rawat inap pasien adalah jenis-jenis biaya yang membentuk tagihan pelayanan rawat inap kepada pasien, yang terdiri dari (1) Biaya Akomodasi; (2) Biaya jasa pelayanan; (3) Biaya Obat; (4) Biaya alat kesehatan ;(5) biaya laborat dan (6) Biaya administrasi. Biaya Akomodasi meliputi biaya sewa kamar beserta fasilitas yang terdapat di dalamnya. Biaya jasa pelayanan meliputi biaya visite dokter, biaya jasa perawatan dan biaya tindakan medis selama pasien dalam masa perawatan. Biaya obat adalah biaya konsumsi obat yang dilayani oleh rumah sakit. Biaya alat kesehatan merupakan biaya-biaya yang dibebankan kepada pasien jika pasien membutuhkan pelayanan atau perawatan kesehatan yang menggunakan alat kesehatan khusus, seperti alat bantu pernafasan, oksigen dan keperluan transfusi darah. Biaya laborat adalah biaya yang dibebankan pasien jika pasien menggunakan jasa pemeriksaan laboratorium, misalkan pemeriksaan darah, pemeriksaan urin dsb. Biaya administrasi perawatan adalah biaya yang dibebankan pasien dalam rangka pengadministrasian pasien.

III.2.Tempat dan Subyek Penelitian

Penelitian ini dilakukan di rumah sakit swasta dan pemerintah di Daerah Istimewa Yogyakarta. Rumah sakit yang digunakan sebagai tempat penelitian adalah rumah sakit dengan tipe B dan C. Alasan pemilihan rumah sakit dengan tipe B dan C

adalah rumah sakit pada umumnya menjadi rujukan untuk pasien rawat inap. Rumah sakit tipe A tidak dipilih, karena rumah sakit tipe A di daerah Istimewa Yogyakarta hanya ada 1, dan merupakan pusat rujukan, dengan fasilitas yang tidak dimiliki oleh rumah sakit lainnya. Dengan demikian perbandingan rumah sakit tipe A dengan rumah sakit lainnya menjadi kurang relevan.

Subyek penelitian dalam penelitian ini adalah pasien rawat inap yang dirawat antara 3 sampai 30 hari. Pemilihan subyek penelitian ini dengan pertimbangan bahwa pasien yang dirawat antara 3 sampai 30 hari adalah pasien yang berada dalam kondisi membutuhkan perawatan intensif di rumah sakit. Pasien tersebut diharapkan dapat sembuh kembali seperti sedia kala setelah menjalani perawatan intensif di rumah sakit. Dengan kata lain penelitian ini tidak memperhitungkan faktor irasional dan tidak memperhitungkan pasien yang dirawat dengan penyakit kronis yang berkepanjangan.

III. 3 Metode Pengumpulan Data

Data yang diperlukan dalam penelitian ini adalah data tentang biaya rawat inap pasien. Data tersebut diperoleh dengan cara mengumpulkan tagihan perawatan kesehatan dari para pasien rawat inap. Metode pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan teknik sampling. Metode *stratified random sampling* digunakan untuk mendapatkan sampel dalam penelitian ini. *Stratified random sampling* adalah pengambilan sampel secara strata yang dilakukan dengan membagi populasi menjadi beberapa subpopulasi atau strata, kemudian

pengambilan sample secara random sederhana dapat dilakukan di dalam masing-masing strata (Jogiyanto, 2007). Kerangka sampel adalah pasien yang dirawat inap antara 3 sampai 30 hari. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan menstratifikasikan pasien rawat inap ke dalam pasien kelas I, kelas II, kelas III dan VIP. Setelah itu masing-masing sampel diambil dari pasien dalam yang dirawat dalam masing-masing kelas tersebut.

III.3.1 Sumber data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini merupakan data primer. Data dikumpulkan dari para pasien yang pernah dirawat di rumah sakit tipe B dan C pada kurun waktu Juni 2013 sampai dengan Januari 2014.

III.3.2 Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan instrument daftar tagihan (kuitansi) atas pembayaran yang dilakukan pasien untuk perawatan kesehatan di rumah sakit. Selain itu wawancara juga dilakukan sebagai data pendukung dalam penelitian ini.

III.3.3 Teknik Analisis Data

Data yang diperoleh dalam penelitian ini dianalisis dengan cara mengelompokkan pasien berdasarkan kelasnya. Pasien yang diteliti dalam penelitian ini adalah pasien kelas I, II, III dan VIP. Sampel yang telah dikelompokkan berdasarkan kelasnya, selanjutnya dianalisis dengan cara memisah-misahkan

komponen biaya rawat inap menjadi (1) biaya akomodasi, (2) biaya jasa pelayanan, (3) biaya obat-obatan, (4) biaya penggunaan alat kesehatan, (5) biaya laborat dan (6) biaya administrasi.

Biaya yang sudah dikelompokkan per jenis dan per kelas selanjutnya dianalisis dengan menghitung bersanya proporsi masing-masing jenis biaya pada setiap kelas. Penghitungan proporsi tiap jenis dilakukan dengan membandingkan jumlah setiap jenis biaya dengan total biaya perawatan yang terdapat pada tagihan biaya perawatan.

Langkah-langkah dalam penelitian ini secara rinci dilakukan berdasarkan tahap-tahap berikut ini:

- a) Mengidentifikasi rumah sakit pemerintah dan swasta tipe B dan C di daerah Istimewa Yogyakarta
- b) Memilih rumah sakit yang memenuhi kriteria dalam kerangka sampel
- c) Mengelompokkan data pasien untuk kelas I,II, Ili dan VIPpada setiap rumah sakit
- d) Mengelompokkan komponen biaya rawat inap ke dalam kelompok biaya pelayanan/tindakan, biaya obat-obatan, biaya fasilitas, biaya laborat dan biaya administrasi
- e) Mengitung jumlah biaya setiap komponen biaya rumah sakit
- f) Menghitung proporsi setiap kelompok biaya terhadap total biaya rawat inap pasien untuk setiap rumah sakit

- g) Menghitung rata-rata proporsi setiap kelompok biaya terhadap total biaya rawat inap pasien untuk seluruh rumah sakit sampel untuk pasien kelas I, II, III dan VIP
- h) Membandingkan proporsi setiap kelompok biaya rawat inap di setiap rumah sakit yang diteliti untuk pasien kelas I, II, III dan VIP

Skema analisis akan dibuat sesuai dalam tabel 3.1

Tabel 3. 1
Skema Proporsi biaya rawat inap di DIY

Proporsi Biaya Rawat Inap di rumah sakit dan fasilitas kesehatan						
	Biaya Akomodasi	Biaya obat	Biaya jasa tindakan	Biaya laborat	Biaya administrasi	Total Biaya
Kelas I						
Kelas II						
Kelas III						
Kelas VIP						

BAB IV

HASIL PENELITIAN, ANALISIS DAN PEMBAHASAN

4.1 HASIL PENELITIAN

Penelitian dilakukan pada rumah sakit swasta tipe B Rumah sakit swasta Daerah Istimewa Yogyakarta. Dalam penelitian ini berhasil dikumpulkan 42 responden (kuitansi) dari 9 rumah sakit yang terdiri daritujuh rumah sakit swasta dan dua rumah sakit pemerintah. Data terbesar diperoleh dari dua rumah sakit swasta tipe B terbesar di daerah Istimewa Yogyakarta, meskipun jumlah data dari rumah sakit lainnya tidak banyak dan tidak dapat diperbandingkan secara kuantitas, namun informasi dalam data tersebut dapat digunakan sebagai perbandingan tentang komponen biaya perawatan, baik di rumah sakit swasta maupun rumah sakit pemerintah. Data dari dua rumah sakit swasta terbesar di DIY dianggap representatif, karena dua rumah sakit tersebut merupakan rumah sakit swasta terbesar dengan jumlah tempat tidur terbesar dan tingkat hunian atau *occupancy rate* lebih dari 80 %. Dari tingkat *occupancy rate* yang tinggi, diasumsikan bahwa sebagian besar masyarakat Yogyakarta, memilih untuk berobat ke rumah sakit ini jika sakit. Responden penelitian seluruhnya merupakan pasien yang menderita sakit dan sembuh, dalam pengertian responden penelitian bukan pasien dengan penyakit kronis yang selalu kembali ke rumah sakit. Meskipun bervariasi, namun sebagian besar responden penelitian juga di rawat selama kurang dari 10 hari. Rata-rata

lamanya pasien dirawat adalah 6,5 hari. Hal ini menggambarkan bahwa responden bukan pasien yang menderita penyakit sangat berat, melainkan tingkat keparahan penyakit berada dalam level ringan sampai sedang.

IV.1.1 Identifikasi Komponen Biaya Rumah Sakit

Berdasarkan kuitansi rumah sakit yang dikumpulkan dapat disimpulkan bahwa setiap rumah sakit mempunyai format kuitansi yang berbeda satu dengan yang lain dengan perincian biaya yang berbeda pula. Pada umumnya kuitansi yang berisi perincian biaya kesehatan pasien hanya terdiri dari 1 lembar, namun ada 2 rumah sakit yang menyajikan komponen biaya setiap pasien dengan sangat terinci dalam lebih dari satu lembar. Dari sudut pasien, informasi yang terinci akan sangat berguna karena pasien dapat memeriksa apa saja yang harus dibayar dan apakah rumah sakit telah melakukan pembebanan biaya dengan tepat atau belum. Berbeda dengan pembelian jenis jasa yang lain dimana dapat dilakukan tawar menawar antara penyedia jasa dan calon pengguna jasa sampai harga yang disepakati kedua belah pihak, seorang calon pasien rumah sakit tidak mempunyai kesempatan tersebut. Posisi tawar yang lemah semakin bertambah karena seorang pasien baru mengetahui beberapa komponen biaya rumah sakit yang harus ditanggung setelah menggunakan atau mengonsumsi jasa yang bersangkutan. Daya tawar seorang pasien terhadap biaya rumah sakit yang harus ditanggung sangat lemah sehingga informasi yang terinci akan sangat membantu bagi pasien dan keluarganya.

Meskipun berbeda format dan rincian komponen biaya namun terdapat beberapa jenis komponen biaya rumah sakit yang ada di semua responden.

Komponen biaya yang ada di semua rumah sakit yang diteliti meliputi biaya akomodasi, biaya obat, biaya jasa, biaya laborat, biaya penggunaan alat-alat kesehatan, biaya administrasi dan biaya lain-lain. Komponen biaya akomodasi menunjukkan berapa lama seorang pasien di rawat inap, tarif rawat inap per hari serta total biaya akomodasi. Dalam komponen biaya akomodasi ini juga disajikan informasi kelas dimana pasien di rawat. Informasi terinci juga disajikan apabila seorang pasien selama rawat inap menempati kamar dengan kelas yang berbeda-beda. Dari 42 kuitansi atau bukti pembayaran yang berasal dari 9 rumah sakit yang diteliti menyajikan komponen biaya akomodasi di baris pertama dan terdapat 2 rumah sakit yang mengitung lamanya hari pasien di rawat dengan pecah, misalnya 2,3 hari .

Komponen biaya rumah sakit lainnya yang pasti dibutuhkan oleh seorang pasien adalah biaya jasa atau tindakan. Komponen biaya jasa tindakan ini meliputi biaya jasa dokter baik visitee, dokter bedah dan anastesi apabila pasien membutuhkan operasi, jasa tenaga paramedis dan biaya tindakan di Instalasi gawat darurat (IGD) jika pasien melewati IGD sebelum di rawat inap. Hampir semua rumah sakit memerinci untuk komponen jasa ini, khusus untuk jasa dokter semua rumah sakit mencantumkan nama dokter yang merawat pasien selama di rumah sakit. Pada rumah sakit yang menyajikan komponen biaya secara rinci, waktu kunjungan

(visitee) setiap dokter juga diinformasikan ke pasien, sedangkan sebagian besar rumah sakit hanya menyajikan informasi nama dokter dan biaya untuk masing-masing dokter yang melakukan tindakan. Komponen biaya jasa paramedis disajikan secara total untuk semua rumah sakit yang diteliti. Komponen biaya tindakan lainnya adalah jasa atau tindakan pasien selama di ruang IGD. Komponen ini belum tentu ada untuk setiap pasien karena tidak setiap pasien yang dirawat inap berasal dari IGD.

Komponen biaya rumah sakit berikutnya adalah biaya obat. Sebagian besar rumah sakit hanya menyajikan komponen biaya obat secara keseluruhan atau total tanpa perincian jenis atau nama obat yang dikonsumsi pasien. Hanya ada dua (2) rumah sakit yang menyajikan komponen biaya obat secara rinci meliputi jenis atau nama obat, jumlah atau kuantitas obat dan waktu pemberian obat bagi pasien.

Meskipun demikian ada komponen biaya yang berbeda di antara rumah sakit penelitian, yaitu biaya administrasi dan biaya rekam medis. Beberapa rumah sakit mengidentifikasi biaya administrasi secara khusus, biaya administrasi ini terkait dengan registrasi dan aktivitas yang terkait dengan proses administrasi. Sementara di rumah sakit yang lain tidak memasukkan secara khusus untuk biaya administrasi pendaftaran, tetapi memasukkan biaya yang terkait dengan anamnese dan rekam medis. Beberapa rumah sakit bahkan tidak mengidentifikasi kedua biaya tersebut secara khusus, hal ini mungkin disebabkan karena jumlah biaya-biaya tersebut sangat kecil dibandingkan dengan biaya lainnya.

4.1.2 Proporsi Biaya Perawatan Kesehatan di rumah sakit

Secara umum, komponen biaya perawatan terdiri dari biaya akomodasi atau fasilitas, biaya jasa perawatan, biaya obat, biaya laboratorium dan biaya penggunaan alat kesehatan. Proporsi masing masing komponen biaya perawatan tersebut dapat dilihat pada tabel 4.1 sampai dengan tabel 4.4

Tabel 4.1
Proporsi Biaya Akomodasi dari total biaya Perawatan di Rumah Sakit DIY

Responden	Proporsi	Responden	Proporsi
1	19,7%	22	35,8%
2	18,4%	23	15,1%
3	43,0%	24	8,2%
4	29,7%	25	8,6%
5	28,3%	26	12,2%
6	9,4%	27	6,2%
7	40,1%	28	20,1%
8	3,9%	29	6,2%
9	14,8%	30	40,6%
10	9,1%	31	13,0%
11	15,8%	32	19,6%
12	29,0%	33	34,7%
13	45,5%	34	28,2%
14	25,5%	35	47,1%
15	29,2%	36	27,2%
16	8,0%	37	14,8%
17	8,5%	38	33,2%
18	14,1%	39	24,7%
19	29,1%	40	28,2%
20	20,5%	41	7,0%
21	42,7%	42	11,3%
Rata-rata		22,10%	

Tabel 4.1 menggambarkan bahwa rata-rata biaya akomodasi atau fasilitas mempunyai proporsi sebesar 22,10%. Proporsi biaya akomodasi terhadap total

biaya perawatan untuk setiap rumah sakit dan kelas perawatan disajikan di tabel

4.2

Tabel 4.2
Proporsi Biaya Akomodasi di setiap rumah sakit dan kelas perawatan

Rumah sakit	Proporsi biaya akomodasi terhadap total biaya perawatan			
	Kelas I	Kelas II	Kelas III	VIP
Rumah sakit swasta 1	27,34 %	26,41 %	9,37 %	40,10 %
Rumah sakit swasta 2	19,18 %	13,90 %	9,82 %	28,97 %
Rumah sakit swasta 3	34,74 %	28,18 %	-	-
Rumah sakit swasta 4	-	-	-	47,15 %
Rumah sakit swasta 5	-	-	-	27,20 %
Rumah sakit swasta 6	-	-	-	14,82 %
Rumah sakit swasta 7	33,22 %	-	-	-
Rumah sakit pemerintah 1	24,73 %	-	-	28,18 %
Rumah sakit pemerintah 2	-	6,97 %	11,33 %	-
Rata-rata	27,84 %	18,87 %	10,17%	31,07 %

Rata-rata biaya akomodasi atau fasilitas terhadap total biaya perawatan di kelas I adalah sebesar 27,84%, di kelas II sebesar 18,87%, kelas III sebesar 10,17% dan Kelas VIP sebesar 31,07 %%. Dari data tersebut, rata-rata proporsi biaya akomodasi terbesar terdapat pada kelas VIP dan proporsi terkecil terdapat pada kelas III. Hal ini menggambarkan bahwa pada kelas VIP, pelayanan akomodasi merupakan komponen biaya penting dalam biaya perawatan kesehatan. Sedangkan pada kelas I komponen biaya akomodasi bukan merupakan komponen penting dalam biaya perawatan. Hal ini menggambarkan bahwa semua rumah sakit mempertimbangkan bahwa pasien kelas III merupakan pasien kurang mampu, dan semua rumah sakit

mempunyai tujuan sosial dengan memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien kelas III dengan fasilitas akomodasi yang ringan.

Komponen biaya kesehatan berikutnya adalah Biaya obat-obatan yang merupakan komponen biaya yang selalu ada dalam komponen biaya perawatan kesehatan. Proporsi biaya obat untuk setiap responden dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3
Proporsi Biaya Obat dari Total Biaya Perawatan di Rumah Sakit

Responden	Proporsi	Responden	Proporsi
1	56,8%	22	8,7%
2	61,0%	23	30,9%
3	27,5%	24	20,3%
4	45,0%	25	16,9%
5	15,4%	26	12,8%
6	40,5%	27	38,2%
7	12,7%	28	39,3%
8	89,9%	29	40,9%
9	55,9%	30	24,2%
10	35,3%	31	10,0%
11	27,0%	32	12,9%
12	13,7%	33	40,5%
13	16,2%	34	14,1%
14	45,1%	35	12,4%
15	22,0%	36	37,8%
16	17,5%	37	26,5%
17	60,9%	38	49,3%
18	30,1%	39	61,2%
19	34,3%	40	60,8%
20	34,1%	41	58,0%
21	31,4%	42	44,8%
Rata-rata		34,12%	

Tabel 4.3 menggambarkan bahwa rata-rata biaya proporsi biaya obat terhadap total biaya perawatan adalah sebesar 34,12%. Dibandingkan dengan biaya akomodasi, biaya obat mempunyai rata-rata proporsi yang lebih besar. Meskipun

besarnya biaya obat dipengaruhi oleh jenis penyakit yang diderita oleh pasien, namun informasi tentang proporsi biaya obat terhadap biaya perawatan dapat memberikan gambaran tentang pentingnya komponen biaya obat dalam biaya kesehatan di rumah sakit. Proporsi biaya obat untuk setiap rumah sakit dan kelas perawatan dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4
Proporsi Biaya Obat di setiap rumah sakit dan Kelas Perawatan

Rumah sakit	Proporsi biaya Obat terhadap total biaya perawatan			
	Kelas I	Kelas II	Kelas III	VIP
Rumah sakit swasta 1	37,67 %	32,14 %	60,37 %	12,70 %
Rumah sakit swasta 2	35,08 %	28,50 %	23,90 %	19,62 %
Rumah sakit swasta 3	40,50 %	50,05 %	-	-
Rumah sakit swasta 4	-	-	-	12,42 %
Rumah sakit swasta 5	-	-	-	37,81 %
Rumah sakit swasta 6	-	-	-	26,52 %
Rumah sakit swasta 7	49,26 %	-	-	-
Rumah sakit pemerintah 1	61,20 %	-	-	60,75 %
Rumah sakit pemerintah 2	-	58,05 %	44,78 %	-
Rata-rata	44,74 %	42,19 %	43,02 %	28,30 %

Proporsi biaya obat terhadap total biaya perawatan Rata-rata proporsi biaya obat di kelas III adalah sebesar 43,02 %, di Kelas II sebesar 42,19 % , di kelas I sebesar 44,74 %% dan kelas VIP sebesar 28,30 %. Hal ini menggambarkan di kelas I, II dan III, biaya obat mempunyai proporsi yang besar terhadap biaya perawatan di rumah sakit. Pada kelas VIP biaya obat masih kecil rendah dari biaya akomodasi. Besarnya biaya obat dipengaruhi oleh jenis penyakit, namun demikian secara umum, biaya obat mempunyai proporsi yang sangat besar dalam biaya perawatan

kesehatan. Hal ini menggambarkan bahwa biaya obat merupakan komponen biaya yang sangat membebani pasien yang dirawat di rumah sakit.

Komponen biaya perawatan kesehatan yang ketiga adalah biaya jasa perawatan. Biaya jasa perawatan adalah biaya perawatan kesehatan yang terdiri dari biaya pemeriksaan dokter, biaya visit dokter, biaya tindakan dokter dan biaya keperawatan. Proporsi Biaya jasa pelayananperawatan dapat dilihat pada tabel 4.5 di bawah ini.

Tabel 4.5
Proporsi Biaya jasa pelayanan perawatan kesehatan

Responden	Proporsi	Responden	Proporsi
1	11,7%	22	23,1%
2	10,4%	23	30,7%
3	21,9%	24	14,3%
4	9,4%	25	34,6%
5	16,4%	26	33,6%
6	2,4%	27	31,2%
7	11,3%	28	21,6%
8	0,2%	29	15,4%
9	8,7%	30	22,4%
10	9,5%	31	12,5%
11	11,7%	32	20,5%
12	50,2%	33	13,8%
13	17,6%	34	26,7%
14	14,8%	35	22,3%
15	23,7%	36	9,0%
16	10,3%	37	43,1%
17	13,4%	38	28,3%
18	41,7%	39	6,7%
19	16,8%	40	8,0%
20	7,9%	41	16,1%
21	19,1%	42	18,8%
Rata-rata		16,61%	

Rata-rata proporsi biaya jasa pelayanan perawatan di rumah sakit adalah sebesar 16,61%. Secara umum, besarnya proporsi ini lebih kecil dibandingkan dengan proporsi biaya akomodasi dan biaya obat. Hal ini menggambarkan bahwa biaya insentif untuk dokter dan perawat atas jasa yang diberikannya relatif kecil dibandingkan harga obat dan harga sewa kamar. Tabel 4.6 menggambarkan proporsi biaya jasa pelayanan perawatan kesehatan di setiap rumah sakit dan di setiap kelas.

Tabel 4.6
Proporsi Biaya Jasa Pelayanan di setiap rumah sakit dan Kelas Perawatan

Rumah sakit	Proporsi biaya Jasa Pelayanan terhadap total biaya perawatan			
	Kelas I	Kelas II	Kelas III	VIP
Rumah sakit swasta 1	11,23 %	19,56 %	6,12 %	11,40 %
Rumah sakit swasta 2	22,42 %	28,30 %	25,23 %	18,63 %
Rumah sakit swasta 3	13,80 %	26,71 %	-	-
Rumah sakit swasta 4	-	-	-	22,32 %
Rumah sakit swasta 5	-	-	-	9,01 %
Rumah sakit swasta 6	-	-	-	43,14 %
Rumah sakit swasta 7	28,26 %	-	-	-
Rumah sakit pemerintah 1	26,99 %	-	-	7,96 %
Rumah sakit pemerintah 2	-	16,12 %	18,84 %	-
Rata-rata	20,54 %	22,67 %	16,73 %	18,74 %

Rata-rata besarnya proporsi biaya jasa pelayanan di kelas I adalah 20,54 %, di kelas II sebesar 22,67 %, kelas III sebesar 17,73 % dan kelas VIP sebesar 18,75%. Hal ini menggambarkan bahwa di semua kelas, biaya jasa pelayanan mempunyai proporsi yang kecil dibandingkan dengan total biaya perawatan kesehatan di rumah sakit. Proporsi terbesar terdapat pada kelas 1, sedangkan proporsi terkecil terdapat pada

kelas III. Porsi terbesar dalam jasa pelayanan adalah jasa dokter, sedangkan jasa tenaga paramedis relatif sangat kecil. Porsi jasa dokter akan lebih tinggi lagi apabila pasien membutuhkan tindakan operasi yang melibatkan lebih dari satu orang dokter.

Perawatan di rumah sakit merupakan perawatan yang komprehensif, dalam artian pasien yang dirawat di rumah sakit diupayakan untuk mendapatkan penanganan yang efektif. Dalam upaya melakukan penanganan kesehatan yang efektif tersebut, acapkali dilakukan pemeriksaan laboratorium. Dengan demikian biaya laboratorium juga merupakan komponen penting yang ada dalam biaya perawatan kesehatan. Proporsi biaya laboratorium terhadap biaya perawatan kesehatan di rumah sakit di Daerah Istimewa Yogyakarta dapat dilihat pada tabel 4.7 di bawah ini.

Dari tabel 4.7, dapat digambarkan bahwa rata-rata biaya pemeriksaan laboratorium bagi pasien yang dirawat di rumah sakit mempunyai proporsi sebesar 9,89 %. Sama halnya dengan biaya obat, biaya pemeriksaan laboratorium bervariasi pada setiap pasien, tergantung pada jenis penyakitnya. Namun bagi pasien yang dirawat dengan tingkat keparahan penyakit ringan sampai sedang mempunyai kemiripan dalam pemeriksaan laboratorium, yaitu pemeriksaan laboratorium standar yang bertujuan untuk melakukan pengecekan kesehatan secara umum. Meskipun demikian terdapat tiga responden yang tidak memerlukan biaya laboratorium dalam perawatannya.

Tabel 4.7
Proporsi Biaya Pemeriksaan laboratorium
Dari Biaya perawatan kesehatan

Responden	Proporsi	Responden	Proporsi
1	4,7%	22	14,3%
2	3,4%	23	1,2%
3	7,5%	24	52,1%
4	8,7%	25	10,6%
5	10,5%	26	16,3%
6	2,7%	27	7,5%
7	6,7%	28	15,6%
8	0,0%	29	31,6%
9	5,0%	30	5,3%
10	3,3%	31	6,6%
11	9,0%	32	33,0%
12	6,8%	33	7,4%
13	11,6%	34	4,2%
14	7,9%	35	0,00%
15	6,1%	36	20,04%
16	10,5%	37	3,17%
17	1,7%	38	0,00%
18	3,5%	39	8,19%
19	10,1%	40	2,43%
20	21,6%	41	9,37%
21	10,0%	42	15,24%
Rata-rata		9,89 %	

Pengelompokan Proporsi biaya pemeriksaan laboratorium di setiap rumah sakit dan setiap kelas digambarkan pada tabel 4.8 di bawah ini. Dari tabel tersebut terlihat bahwa pasien kelas 3 mempunyai komponen biaya laboratorium yang tertinggi, sedangkan pasien kelas VIP mempunyai komponen biaya laboratorium terendah.

Tabel 4.8
Proporsi Biaya Pemeriksaan Laboratorium di setiap rumah sakit dan Kelas Perawatan

Rumah sakit	Proporsi biaya Pemeriksaan laborat terhadap total biaya perawatan			
	Kelas I	Kelas II	Kelas III	VIP
Rumah sakit swasta 1	6,31 %	7,50 %	2,77 %	6,70 %
Rumah sakit swasta 2	10,61 %	1,10 %	22,34 %	13,72 %
Rumah sakit swasta 3	21,37 %	15,78 %	-	-
Rumah sakit swasta 4	-	-	-	0,00 %
Rumah sakit swasta 5	-	-	-	20,04 %
Rumah sakit swasta 6	-	-	-	3,17 %
Rumah sakit swasta 7	0,00 %	-	-	-
Rumah sakit pemerintah 1	8,19 %	-	-	2,43 %
Rumah sakit pemerintah 2	-	9,37 %	15,24 %	-
Rata-rata	9,30 %	8,44 %	13,45 %	7,68 %

Dari tabel 4.8 dapat dilihat bahwa rata-rata proporsi biaya pemeriksaan laboratorium terhadap total biaya perawatan kesehatan di kelas I adalah sebesar 9,30 %, kelas II sebesar 8,44 %, kelas III sebesar 13,45 % dan kelas VIP sebesar 7,68 %. Proporsi terbesar biaya pemeriksaan laboratorium terdapat pada kelas III dan proporsi terendah terdapat pada kelas VIP. Hal ini menggambarkan bahwa biaya pemeriksaan laboratorium bukan merupakan biaya yang selalu ada di biaya perawatan pasien, demikian juga jenis jasa laboratorium juga berbeda-beda antara pasien yang satu dengan yang lain tergantung jenis penyakitnya.

Biaya penggunaan alat kesehatan seringkali muncul dalam komponen biaya perawatan kesehatan. Biaya penggunaan alat kesehatan merupakan biaya-biaya yang harus ditanggung pasien karena pasien perlu menggunakan peralatan kesehatan diluar yang distandarkan dalam perawatan kesehatan di rumah sakit. Contoh biaya penggunaan alat kesehatan adalah biaya oksigen, bantuan alat

pernafasan lain, biaya pemeriksaan jantung (EKG) dan lain-lain. Meskipun tidak semua pasien yang dirawat di rumah sakit menggunakan alat kesehatan, namun demikian banyak pasien yang dilakukan pemeriksaan dengan menggunakan alat kesehatan rumah sakit. Hal ini kadang dibutuhkan demi melakukan pemeriksaan secara komprehensif untuk pasien yang dirawat di rumah sakit. Proporsi biaya penggunaan alat kesehatan di rumah sakit dapat dilihat pada tabel 4.9

Tabel 4.9
Proporsi Biaya Penggunaan alat kesehatan dari
biaya perawatan kesehatan

Responden	Proporsi	Responden	Proporsi
1	6,3%	22	0,0%
2	6,5%	23	16,4%
3	0,0%	24	3,4%
4	7,0%	25	3,3%
5	29,3%	26	19,7%
6	5,6%	27	0,0%
7	28,6%	28	2,9%
8	0,0%	29	4,6%
9	12,2%	30	4,8%
10	0,0%	31	0,0%
11	0,0%	32	5,0%
12	0,0%	33	0,0%
13	8,5%	34	0,0%
14	3,6%	35	10,64%
15	18,1%	36	1,84%
16	24,3%	37	9,67%
17	1,1%	38	0,00%
18	0,6%	39	0,00%
19	17,8%	40	0,00%
20	8,0%	41	0,00%
21	4,4%	42	0,00%
Rata-rata 6,28 %			

Rata-rata proporsi biaya penggunaan alat kesehatan terhadap total biaya perawatan kesehatan adalah sebesar 6,28 %. Proporsi ini merupakan porsi terendah dibandingkan komponen biaya kesehatan lainnya. Besarnya proporsi biaya penggunaan alat kesehatan di setiap rumah sakit dan setiap kelas dapat dilihat pada tabel 4.10.

Tabel 4.10
Proporsi Biaya Penggunaan Alat Kesehatan
di setiap rumah sakit dan Kelas Perawatan

Rumah sakit	Proporsi biaya Penggunaan alat kesehatan terhadap total biaya perawatan			
	Kelas I	Kelas II	Kelas III	VIP
Rumah sakit swasta 1	4,21 %	9,02 %	4,06 %	28,60 %
Rumah sakit swasta 2	4,34 %	15,10 %	9,21 %	3,53 %
Rumah sakit swasta 3	0	0	-	-
Rumah sakit swasta 4	-	-	-	10,64 %
Rumah sakit swasta 5	-	-	-	1,84 %
Rumah sakit swasta 6	-	-	-	9,67 %
Rumah sakit swasta 7	0	-	-	-
Rumah sakit pemerintah 1	0	-	-	0
Rumah sakit pemerintah 2	-	0	0	-
Rata-rata	1,71 %	6,03 %	4,42 %	9,05 %

Proporsi biaya penggunaan alat kesehatan terhadap total biaya perawatan di rumah sakit untuk kelas I adalah sebesar 1,71 %, kelas II sebesar 6,03 %, kelas III sebesar 4,42 % dan kelas VIP sebesar 9,05 %. Proporsi biaya terbesar terdapat pada kelas VIP, sedangkan proporsi terkecil terdapat pada kelas I. Seperti halnya biaya laboratorium, tidak semua pasien yang dirawat inap memerlukan tindakan pemeriksaan dengan menggunakan alat, sehingga banyak dari responden yang tidak mempunyai komponen biaya penggunaan alat.

4.2 Pembahasan

Kesejahteraan kesehatan merupakan salah satu persyaratan dasar suatu Negara untuk dapat mencapai keunggulan kompetitif. Dalam bidang kesehatan dan pendidikan dasar, Indonesia menduduki peringkat ke 70. Peringkat ini berada di bawah Singapore, Brunei Darussalam, Malaysia dan Vietnam. Salah satu penghambat tercapainya kesejahteraan dalam bidang kesehatan adalah mahalnnya biaya kesehatan, terutama jika masyarakat harus di rawat di rumah sakit. Komponen biaya perawatan di rumah sakit meliputi biaya akomodasi, biaya obat, biaya jasa perawatan, biaya laboratorium, biaya penggunaan alat kesehatan, biaya administrasi dan biaya-biaya lainnya. Dari komponen biaya perawatan tersebut, biaya obat merupakan komponen yang mempunyai porsi tertinggi, baik untuk kelas I, kelas II, maupun kelas III, yaitu mencapai lebih dari 40% dari total biaya perawatan, hal ini terjadi baik di rumah sakit swasta maupun pemerintah, bahkan di beberapa rumah sakit biaya obat dapat mencapai lebih dari 50% dari total biaya perawatan kesehatan. Hal ini menggambarkan bahwa biaya obat merupakan komponen biaya yang paling membebani pasien. Besarnya biaya obat dalam komponen biaya perawatan kesehatan dapat disebabkan oleh mahalnnya harga obat, meskipun demikian, besarnya biaya obat mungkin juga dipengaruhi oleh pemberian obat yang berlebihan oleh dokter. Dalam situasi ini pasien tidak dalam posisi bisa memilih untuk jenis obat yang diberikan.

Besarnya biaya obat dalam komponen perawatan kesehatan merupakan hal yang perlu mendapat perhatian pemerintah. Mengingat obat merupakan faktor utama kesembuhan pasien, pemerintah seharusnya dapat membantu mengendalikan harga obat. Pemerintah dapat membantu mengendalikan harga obat dengan cara mengurangi impor obat-obatan serta merestrukturisasi saluran distribusi obat yang saat ini dirasa terlalu panjang serta meningkatkan kapasitas perusahaan-perusahaan farmasi di dalam negeri.

Pengurangan impor obat-obatan dapat dilakukan dengan cara memberikan perhatian khusus terhadap produksi obat-obatan dalam negeri, misalnya memberikan subsidi kepada riset dan pengembangan obat-obatan di dalam negeri dan membantu produksi obat-obatan di dalam negeri dengan kualitas yang tidak kalah dengan obat-obatan produksi luar negeri serta mengoptimalkan kapasitas produksi perusahaan farmasi dalam negeri. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Siana Azis, Rini Sasanti H. dan Max J. Herman (2000) diketahui bahwa rata-rata kapasitas perusahaan farmasi yang dimanfaatkan baru sekitar 61%, sehingga terdapat 39% kapasitas yang menganggur dan kondisi ini akan meningkatkan biaya produksi per unit obat karena biaya produksi tetap yang jumlahnya sama untuk berbagai tingkat kapasitas produksi.

Besarnya biaya obat dalam komponen biaya perawatan kesehatan mungkin juga disebabkan karena pemberian obat yang berlebihan kepada pasien oleh dokter. Pemberian obat yang berlebihan dan sebenarnya tidak diperlukan oleh pasien dapat

menyebabkan kesehatan berbiaya tinggi dan bahkan dapat menyebabkan masyarakat resisten terhadap obat tertentu. Pengendalian terhadap konsumsi obat-obatan merupakan faktor penting yang dapat meningkatkan efisiensi biaya perawatan kesehatan. Konsumsi obat oleh pasien dipengaruhi oleh dokter yang merawatnya, karena hanya dokter mempunyai wewenang memberikan obat kepada pasien. Diperlukan adanya transparansi tentang setiap jenis obat yang akan diberikan kepada pasien serta manfaat obat tersebut bagi penyembuhan pasien sehingga pihak pasien dapat mengetahui mengapa suatu jenis obat harus digunakan. Dokter merupakan faktor utama pengendalian konsumsi terhadap obat-obatan, oleh karena itu pengendalian terhadap pemberian resep obat-obatan dapat membantu meningkatkan efisiensi biaya perawatan kesehatan.

Kebijakan pemerintah tentang sistem jaminan kesehatan nasional melalui BPJS dapat membantu pengendalian pemberian obat-obatan secara berlebihan. Dalam sistem tersebut, klaim jaminan kesehatan diberikan berdasarkan sistem tarif yang berbasis kelompok diagnosis. Dalam sistem ini, tindakan dokter dibatasi oleh sistem jaminan kesehatan, dengan demikian dokter harus mematuhi prosedur pelayanan kesehatan pasien sesuai aturan dan biaya yang telah ditetapkan. Sistem ini sudah banyak diterapkan di luar negeri, dan dikenal dengan *diagnosis-related group (DRG)*. Sistem *DRG* adalah sistem pembayaran jaminan kesehatan yang didasarkan pada kelompok diagnosis tertentu (Oraby, 2007). Di Indonesia, sistem ini dikenal dengan sistem *INA-CBG*. Jika sistem ini diterapkan untuk seluruh

masyarakat, diharapkan tidak terjadi lagi pelayanan kesehatan yang berlebihan yang mengakibatkan biaya kesehatan menjadi tidak efisien dan bahkan memberatkan pasien. Terutama jika pelayanan kesehatan di pelayanan primer semakin ditingkatkan kualitasnya dan promosi pencegahan kesakitan semakin ditingkatkan.



V. KESIMPULAN

Kesehatan merupakan faktor penting dalam meningkatkan keunggulan kompetitif suatu Negara. Masyarakat yang sakit mempengaruhi produktivitas Negara. Mahalnya biaya perawatan kesehatan dapat menimbulkan keengganan masyarakat untuk mendapatkan perawatan kesehatan ketika mereka sakit. Mahalnya biaya kesehatan dipengaruhi oleh komponen-komponen biaya perawatan yang membentuk biaya perawatan kesehatan yang dibebankan kepada pasien. Rendahnya tingkat kesehatan masyarakat dapat mempengaruhi kualitas suatu bangsa.

Secara umum, komponen biaya perawatan kesehatan di daerah Istimewa Yogyakarta terdiri dari: (1) Biaya akomodasi; (2) Biaya jasa pelayanan; (3) Biaya obat; (4) biaya laboratorium ;(5) Biaya penggunaan alat kesehatan dan (6) Biaya administrasi. Komponen biaya terbesar dalam biaya perawatan kesehatan di daerah istimewa Yogyakarta adalah biaya obat, diikuti oleh biaya akomodasi, biaya jasa pelayanan, biaya laboratorium dan biaya penggunaan alat kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Tjandra Yoga, 2003. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*, edisi kedua UI Press, Jakarta
- Carter & Usry, 2002. *Cost Accounting* . 13thed Thomson Learning. Ohio.USA
- Carter, William, K. 2006. *Cost Accounting* .14th edition.Thomson Learning.Ohio. USA
- Cooper, Robin. 1998. The Changing Practice of Management Accounting. *Management Accounting*. March 1998:74,3. pp. 28
- Garrison, Ray H & Noreen, Eric W.,2003. *Managerial Accounting*.8th Irwin. Chicago.
- Gujarati, Damodar N and Dawn C Portet,2009. *Basic Econometrics*.5th edition .Mc Graw Hill, International Edition, Singapore.
- Hansen, Don R. and Mryanne M. Mowen,2006.*Cost Management Accounting and Control*, International Student edition, Thomson, South Western, USA
- Hazem El-Oraby, 2007. *Diagnosis Related Group*, dalam Mediformatica, The Medical Informatics Portal, Juli, 2nd .
- Kaciuba, Gail and Gary H. Siegel,2009. *Activity-Based Management in a Medical Practice: A Case Study Emphasizing the AICPA's Core Competences*. Accounting Education Journal, Vol 24, No.4, November, pp 553-577
- Hilton, Ronald, W and Platt, E, David., 2011. *Managerial Accounting: Creating Value in a Global Business Environment*. 9th edition.McGraw Hill-Irwin, New York, USA.
- Masarie.wordpress.com. *Karakteristik Rumah Sakit*.3 Oktober 2007, diakses 7 Februari 2014 jam 11.05
- Mulyadi.2003. *Activity Based Cost System: Sistem Informasi Biaya untuk Pengurangan Biaya*.Edisi 6. UPP AMP YKPN, Yogyakarta.
- Undang-Undang Republik Indonesia No 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan
- Peraturan Presiden Republik Indonesia No 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan
- Sekaran, Uma. 2003. *Research Methods for Business: A Skill Building Approach*. Fourth Edition, John Willey & Sons, New York, USA.

Sriana Azis, Rini sasanti H., Max J. Herman. (2000). Analisis Komponen Harga Obat. Buletin Penelitian Kesehatan. 28 (1). Puslitbang Farmasi, Badan Litbang Kesehatan.

www.hukor.depkes.go.id . Surat keputusan Menteri Kesehatan Rebuglik Indonesia Nomor 1165/MENKES/SK/X/2007 tentang Pola tarip rumah Sakit Badan Layanan Umum

World Economic Forum, *The Global Competitiveness Report*, 2013-2014

Yereli, Ayse Necef, 2009. *Activity-Based Costing and It's Application in a Turkish University Hospital* , *AORN Journal*, March, Vol 89, pp. 573-591

Yogiyanto (2007). *Metodologi Penelitian Bisnis: Salah Kaprah dan Pengalaman-Pengalaman*, Edisi revisi. Badan Penerbit Fakultas Ekonomi–UGM. Yogyakarta.

www.damandiri.or.id diakses Jumat, 7 Februrai 2014, jam 11.05

www.manajemenjaminankesehatan.comdiakses Jumat, 7 Februari jam 10.00

Daftar Riwayat Hidup

Nama dan Gelar	: Dr. Anastasia Susty Ambarriani, MSi, Akt.
Tempat/tanggal lahir	: Yogyakarta, 29 April 1964
Jabatan Akademik	: Lektor
Unit Kerja	: Fakultas Ekonomi, Universitas Atmajaya, Yogyakarta
Alamat kantor	: Jl. Babarsari No 43, Yogyakarta
Telepon Kantor	: 0274 – 487711 ext 3230
Faksimili	: 0274 – 485227
Telepon Genggam	: 0811 286 316
E-mail	: 1. anastasiasusty@gmail.com : 2. sustysunaryo@yahoo.com

Pendidikan

Tahun	
1983 - 1986	Universitas Gadjah mada Yogyakarta, Fakultas Ekonomi, jurusan Akuntansi (Sarjana Muda)
1987 -1989	Universitas Gadjah mada Yogyakarta, Fakultas Ekonomi, Jurusan Akuntansi (Sarjana dan profesi Akuntan)
1994 – 1996	Universitas Gadjah mada Yogyakarta, Fakultas Ekonomi, Program studi Akuntansi (Magister Sains)
2007 - 2011	Universitas Padjadjaran Bandung, Program Doktor Manajemen Bisnis, Konsentrasi Akuntansi Manajemen

Publikasi Ilmiah

Tahun	Judul	Jurnal/Penerbit	Penulis lain dan asal institusi
2012	The Impact of managers' Knowledge Towards Managers' Style in Using management Accounting Information and Activity-Based Management (Study in General Hospital in Yogyakarta and Central Java)	Review of Integrative Business & Economics Review, vol 1	
2012	Management Practice, Firm Size, And Performance of Family Business: Indonesia Experience	International Journal of Economic Policy in Emerging Economies ,vol 5	Australia, Andre Purwanugraha, Universitas Atmajaya , Yogyakarta
2013	Strategic use of Management Accounting Informtion System in Hospital Management	Proceeding of The 8 th International Conference on Business and Management Research	

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. Nama lengkap : Dra. Christina Wiwik Sunarni, MSA, Akt
2. NIP : 01.89.293
3. Tempat dan tanggal lahir : Yogyakarta, 06 Maret 1962
4. Program studi : Akuntansi
- Fakultas : Ekonomi
- Perguruan Tinggi : Universitas Atma Jaya Yogyakarta
5. Alamat Kantor : Jln. Babarsari 43 Yogyakarta, 55281, telp (0274) 487711
- Alamat rumah : Mrican, Gg. Surya 5 Yogyakarta, 55281. telp (0274) 588332
- No HP: 08122810914
6. Pendidikan

No.	Nama Perguruan Tinggi	Gelar	Tahun Selesai	Bidang Studi
1.	University of Texas at Arlington, USA	Master of Science in Accounting (MSA)	1993	Accounting
2.	Universitas Gajah Mada Yogyakarta	Doktoranda (Dra)	1987	Akuntansi
3.	IKIP sanata Dharma Yogyakarta Program English Extension Course (2 tahun)	-	1987	Bahasa Inggris

7. Pengalaman Penelitian yang terkait (3 tahun terakhir)

No.	Judul	Tahun	Kedudukan
1.	Peranan Akuntan Manajemen Dalam Organisasi dan Kualifikasi yang diperlukan dalam lingkungan bisnis Kontemporer	2013	Mandiri
2.	Survey "Costing Practices" pada Perusahaan Pabrikasi di Yogyakarta dan Sekitarnya	2011	Mandiri
3.	Minat Berwirausaha pada Mahasiswa Program Studi Akuntansi Universitas Atma Jaya Yogyakarta	2011	anggota

8. Publikasi Ilmiah terkait (3 tahun terakhir)

No.	Judul	Nama Jurnal	Tahun terbit
1	Management Accounting Practices and The Role of Management Accountants: Evidence From Manufacturing Companies Throughout Yogyakarta Province.	Review Integrative Business & Economic Research, vol.2 (2) ISSN : 2304-1013 9 (On-Line)	July 2013
2	Product Costing Practices: Evidence From SME's Throught Yogyakarta Province.	International Journal Economic Policies in Emerging Economies ISSN : 1752-0452	2012
3	Analisis Perbandingan Kinerja Keuangan Perusahaan Sebelum dan Sesudah memperoleh Sertifikasi ISO 9000 pada beberapa Perusahaan di Bursa Efek Indonesia.	Jurnal Bisnis dan Ekonomi "Kinerja" ISSN 0853-6627	September 2011