

ANALISA PENENTUAN TARIF TINDAKAN MEDIS OPERATIF KELAS II (Studi di Rumah Sakit X, Malang)

Muhammad Arif Surjadi¹, Ali Djamhuri², Asri Maharani³

¹Program Studi Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kedokteran Universitas Islam Malang

²Program Studi Magister Akuntansi Universitas Brawijaya

³Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

arifsurjadi@unisma.ac.id

Abstrak

Penetapan tarif tindakan medis operatif perlu mempertimbangkan biaya pelayanan, daya saing rumah sakit, dan kemampuan masyarakat membayar. Penelitian ini menganalisis penentuan tarif tindakan operatif kelas II di rumah sakit X berdasarkan *unit cost*, tarif kompetitor, dan *Willingness to Pay* (WTP). Penelitian menggunakan desain gabungan (*concurrent embedded design*) dengan dua komponen: studi biaya retrospektif dan studi WTP *cross-sectional* pada 114 responden *purposive*. *Unit cost* dihitung dengan *Activity-Based Costing* (ABC) yang dimodifikasi menggunakan *cost driver* durasi dan volume tindakan. WTP diukur dengan *Contingent Valuation Method* (CVM) format *payment card*. Hubungan karakteristik responden dengan WTP dianalisis menggunakan uji *Chi-square*. Rekomendasi tarif disusun melalui aturan keputusan tiga batasan: *unit cost* (batas bawah), WTP (batas atas), dan tarif kompetitor (acuan pasar). Hasil penelitian menunjukkan laparotomy dan trepanasi belum mencapai *cost recovery optimal*, sedangkan tarif rumah sakit X masih kompetitif dibandingkan empat rumah sakit pembanding yang dipilih berdasarkan kriteria wilayah, tipe, dan kesamaan layanan. Mayoritas responden menghendaki tarif tetap. Usia berhubungan signifikan dengan WTP appendectomy dan tingkat pendidikan dengan WTP laparotomy. Penentuan tarif tindakan medis operatif perlu mengintegrasikan *unit cost*, *cost recovery*, tarif kompetitor, dan WTP untuk menghasilkan kebijakan tarif yang rasional, kompetitif, dan mendukung keberlanjutan finansial rumah sakit.

Kata kunci: Tarif tindakan medis operatif, *unit cost*, kesediaan membayar.

Abstract

Determining surgical procedure tariffs should consider service costs, hospital competitiveness, and patients' ability to pay to achieve service efficiency and financial sustainability. This study analyzed the determination of Class II surgical procedure tariffs at X Hospital based on unit cost, competitor hospital tariffs, and community Willingness to Pay (WTP) as the basis for developing tariff recommendations. This study employed a concurrent embedded design with two components: a retrospective cost analysis study and a cross-sectional WTP study involving 114 purposively selected respondents. Unit costs were calculated using modified Activity-Based Costing (ABC) with indirect cost allocation based on cost drivers (duration and volume of procedures). WTP was measured using the Contingent Valuation Method (CVM) with a payment card format. The association between respondents' characteristics and WTP was analyzed using the Chi-square test. Final tariff recommendations were formulated using a three-boundary decision rule: unit cost (lower bound), WTP (upper bound), and competitor tariffs (market benchmark). The findings indicated that laparotomy and trepanation procedures had not achieved optimal cost recovery, while X Hospital's tariffs remained competitive compared to four peer hospitals selected based on geographic area, type, and service similarity criteria. Most respondents preferred fixed tariffs. Age was significantly associated with WTP for appendectomy, while educational level was associated with WTP for laparotomy. Determining surgical procedure tariffs should integrate unit cost, cost recovery, competitor hospital tariffs, and WTP to establish tariff policies that are rational, competitive, and supportive of the hospital's financial sustainability.

Keywords: Surgical procedure tariffs, unit cost, willingness to pay.

PENDAHULUAN

Rumah sakit dituntut mampu menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu sekaligus menjaga keberlanjutan finansial di tengah meningkatnya biaya pelayanan kesehatan dan perubahan sistem pembiayaan kesehatan. Secara global, pengeluaran kesehatan terus meningkat dan mencapai hampir 10% dari Produk Domestik Bruto (PDB) dunia sehingga efisiensi pembiayaan menjadi salah satu fokus utama dalam pengelolaan rumah sakit (1). Di Indonesia, implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah memperluas akses pelayanan kesehatan, namun juga meningkatkan tekanan terhadap efisiensi operasional rumah sakit dalam menetapkan tarif pelayanan yang mampu mencerminkan biaya riil, mempertahankan daya saing, serta tetap terjangkau bagi masyarakat (2–6). Oleh karena itu, evaluasi tarif pelayanan kesehatan menjadi bagian penting dalam mewujudkan tata kelola rumah sakit yang efektif dan berkelanjutan.

Penetapan tarif pelayanan kesehatan merupakan keputusan strategis yang dipengaruhi oleh berbagai aspek, antara lain biaya penyelenggaraan pelayanan, kondisi persaingan, dan kemampuan masyarakat dalam membayar. Pendekatan *Activity-Based Costing* (ABC) menghasilkan estimasi *unit cost* yang lebih akurat melalui pengalokasian biaya berdasarkan aktivitas pelayanan, sedangkan konsep *Willingness to Pay* (WTP) menggambarkan tingkat kesediaan

masyarakat membayar pelayanan berdasarkan manfaat yang diperoleh, kondisi sosial ekonomi, dan persepsi terhadap mutu pelayanan (7–11). Selain itu, analisis tarif rumah sakit kompetitor diperlukan untuk memastikan bahwa tarif yang ditetapkan tetap kompetitif tanpa mengabaikan aspek efisiensi dan keberlangsungan pelayanan (12,13).

Permasalahan tersebut masih dijumpai pada berbagai rumah sakit swasta di Indonesia, termasuk Rumah Sakit X Kepanjen. Meskipun jumlah kunjungan pasien dan pendapatan rumah sakit mengalami peningkatan, tingkat keuntungan yang diperoleh belum mencapai target, sementara piutang pelayanan terus meningkat. Rumah sakit juga belum pernah melakukan evaluasi tarif tindakan medis operatif secara komprehensif sehingga terdapat kemungkinan bahwa tarif yang berlaku belum mencerminkan biaya riil pelayanan maupun kondisi persaingan. Kondisi tersebut tercermin dari rendahnya *cost recovery* pada beberapa tindakan medis operatif sehingga biaya pelayanan belum dapat dipulihkan secara optimal dan berpotensi mempengaruhi keberlanjutan finansial rumah sakit (5,14,15). Oleh karena itu, diperlukan evaluasi tarif yang mempertimbangkan biaya riil pelayanan, kondisi pasar, serta kemampuan masyarakat dalam membayar pelayanan kesehatan.

Berbagai penelitian telah mengkaji penentuan tarif pelayanan kesehatan

menggunakan pendekatan yang berbeda. Sejumlah penelitian melaporkan bahwa metode ABC mampu menghasilkan perhitungan *unit cost* yang lebih akurat dibandingkan metode konvensional sehingga dapat digunakan sebagai dasar penyusunan tarif pelayanan rumah sakit (5,7,9,11,16). Penelitian lain menunjukkan bahwa analisis *Ability to Pay* (ATP) dan WTP penting dilakukan untuk mengetahui keterjangkauan tarif pelayanan kesehatan dari perspektif masyarakat (2,17–20). Di sisi lain, beberapa studi menegaskan bahwa evaluasi tarif juga harus mempertimbangkan tarif rumah sakit kompetitor agar mampu meningkatkan daya saing pelayanan di tengah persaingan industri kesehatan yang semakin kompetitif (21–23). Hasil-hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa penetapan tarif pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh aspek biaya, kondisi pasar, dan karakteristik pengguna layanan.

Meskipun demikian, penelitian terdahulu masih memiliki beberapa keterbatasan. Sebagian besar penelitian hanya berfokus pada satu atau dua aspek, seperti analisis *unit cost*, evaluasi *cost recovery*, analisis tarif kompetitor, atau pengukuran WTP secara terpisah. Penelitian yang mengintegrasikan perhitungan *unit cost*, analisis *cost recovery*, tarif rumah sakit kompetitor, tingkat serta faktor-faktor yang mempengaruhi WTP dalam satu kerangka penentuan tarif tindakan medis operatif masih sangat terbatas, khususnya pada rumah sakit swasta tipe C di Indonesia

(5,15,24). Akibatnya, rekomendasi tarif yang dihasilkan belum sepenuhnya mampu menyeimbangkan pemulihan biaya pelayanan, daya saing rumah sakit, dan keterjangkauan pelayanan bagi masyarakat. Kondisi tersebut menjadi *research gap* yang mendasari penelitian ini.

Berdasarkan *research gap* tersebut, penelitian ini menawarkan kebaruan berupa model penentuan tarif tindakan medis operatif yang mengintegrasikan perhitungan *real cost* berbasis modifikasi ABC, analisis *cost recovery*, analisis tarif rumah sakit kompetitor, serta WTP masyarakat beserta faktor-faktor yang memengaruhinya dalam satu kerangka pengambilan keputusan. Integrasi tersebut diharapkan menghasilkan rekomendasi tarif yang lebih rasional, kompetitif, dan mampu mendukung keberlanjutan finansial rumah sakit tanpa mengabaikan keterjangkauan pelayanan bagi masyarakat. Dengan demikian, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar pengambilan keputusan bagi manajemen rumah sakit dalam melakukan evaluasi dan penetapan tarif tindakan medis operatif secara lebih objektif dan berbasis bukti.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis *unit cost* tindakan medis operatif, membandingkan tarif rumah sakit kompetitor, mengidentifikasi tingkat serta faktor-faktor yang mempengaruhi WTP masyarakat, dan menyusun rekomendasi tarif tindakan medis

operatif yang mampu menyeimbangkan pemulihan biaya (*cost recovery*), daya saing rumah sakit, dan keterjangkauan pelayanan bagi masyarakat.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain gabungan (*concurrent embedded design*). Terdapat dua komponen utama: (1) studi analisis biaya dengan pendekatan deskriptif retrospektif menggunakan data sekunder laporan keuangan, dan (2) studi analisis *Willingness to Pay* (WTP) dengan pendekatan *cross-sectional* untuk mengukur persepsi pasien. Pendekatan yang digunakan bersifat deskriptif komparatif (untuk membandingkan tarif dengan kompetitor) serta analitik korelasional (untuk menganalisis hubungan karakteristik responden dengan WTP menggunakan uji *Chi-square*). Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit X Kepanjen, Kabupaten Malang pada 2 Mei–11 Juni 2026. Populasi dalam penelitian ini terdiri atas dua kelompok sesuai komponen desain. Populasi untuk analisis *unit cost* adalah seluruh dokumen biaya operasional kamar operasi dan laporan keuangan Rumah Sakit X periode tahun anggaran 2025 (*total sampling*). Populasi untuk analisis WTP adalah seluruh pasien rawat inap yang menjalani tindakan medis operatif kelas II dengan rata-rata kunjungan 160 pasien per bulan. Sebanyak 114 responden yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi diikutsertakan dalam penelitian menggunakan teknik *purposive sampling* untuk komponen WTP.

Kriteria inklusi meliputi pasien yang telah menjalani tindakan operasi, dirawat minimal 3 hari, serta kepala keluarga atau penanggung jawab biaya pelayanan yang bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi meliputi responden yang tidak bersedia mengikuti penelitian, tidak mampu berkomunikasi dengan baik selama proses wawancara, atau tidak mengisi kuesioner secara lengkap.

Data penelitian terdiri atas data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui observasi, wawancara mendalam, dan kuesioner. Observasi dan wawancara digunakan untuk mengidentifikasi komponen biaya tindakan medis operatif, sedangkan kuesioner digunakan untuk memperoleh data karakteristik responden WTP, serta faktor-faktor yang mempengaruhi WTP. Data sekunder untuk perhitungan *unit cost* menggunakan laporan keuangan dan data operasional periode tahun anggaran 2025 (Januari–Desember), sedangkan pengumpulan data primer untuk WTP dilakukan *secara cross-sectional* pada 2 Mei–11 Juni 2026.

Perhitungan *unit cost* menggunakan ABC yang dimodifikasi. Biaya langsung (bahan medis dan tenaga kerja) ditelusuri langsung per tindakan berdasarkan pemakaian aktual. Biaya tidak langsung (rumah tangga, utilitas, penyusutan, administrasi) dialokasikan menggunakan *cost driver*: durasi tindakan (jam operasi) dan volume tindakan. Modifikasi dilakukan karena keterbatasan data mikro aktivitas, namun tetap

mengacu pada prinsip *Time-Driven Activity-Based Costing* (TDABC). Analisis *cost recovery* dihitung dengan rumus: $(\text{Tarif Berlaku} \div \text{Unit Cost}) \times 100\%$. Tindakan dikategorikan optimal jika $\geq 100\%$ (menutup biaya) dan *under-recovery* jika $< 100\%$ (mengalami kerugian per tindakan). Seluruh data biaya divertifikasi melalui pencocokan laporan keuangan, catatan pemakaian bahan medis, dan durasi operasi dari lembar catatan anestesi untuk menjamin akurasi alokasi biaya. Pemilihan rumah sakit kompetitor dilakukan secara purposif dengan kriteria: (1) memiliki wilayah layanan yang tumpang tindih dengan Rumah Sakit X (Kabupaten Malang bagian selatan), (2) memiliki tipe dan kelas rumah sakit yang setara, (3) menyediakan pelayanan tindakan medis operatif yang sejenis, dan (4) tersedia data tarif yang dapat diakses. Berdasarkan kriteria tersebut, terpilih empat rumah sakit pembanding: RSUD K, RS L, RS M, dan RSI N. Tingkat WTP masyarakat diukur menggunakan *Contingent Valuation Method* (CVM) dengan format *payment card*. Responden diberikan skenario hipotetis: "Jika tarif tindakan operasi yang Anda jalani saat ini dinaikkan, berapa

jumlah maksimum (dalam Rupiah) yang masih bersedia Anda bayarkan untuk tindakan tersebut?" Selanjutnya, responden memilih nilai dari kartu berisi 10 rentang nilai (mulai dari tarif terendah hingga 2 kali lipat tarif tertinggi). Nilai WTP yang dipilih kemudian dicatat sebagai variabel kontinu untuk analisis deskriptif. Metode ini dipilih karena mudah dipahami responden dan mampu menangkap preferensi ekonomi secara lebih akurat dibandingkan format pertanyaan terbuka (*open-ended*).

Variabel penelitian meliputi *unit cost*, *cost recovery*, tarif rumah sakit kompetitor, WTP, serta faktor-faktor yang mempengaruhi WTP. Faktor internal terdiri atas usia, status perkawinan, jumlah anggota keluarga, tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan, kepemilikan aset, sumber pembiayaan, dan riwayat kunjungan. Faktor eksternal meliputi persepsi terhadap mutu pelayanan, fasilitas kamar operasi, dan jarak tempat tinggal menuju rumah sakit. Untuk memperjelas alur desain penelitian, digunakan matriks keterkaitan variabel, sumber data, dan analisis sebagai berikut:

Tabel 1 matriks keterkaitan variabel, sumber data, dan analisis

Komponen Studi	Variabel Utama	Sumber Data	Metode Pengumpulan	Metode Analisis
Studi Biaya	Biaya langsung & tidak langsung, <i>Unit Cost</i>	Laporan Keuangan, Data Kamar Operasi	Observasi & Wawancara Mendalam	<i>Activity-Based Costing</i> (ABC)
Studi Pasar	Tarif Rumah Sakit	Dokumen tarif RS	Survei	Analisis Deskriptif

	Kompetitor	pembanding	dokumen	Komparatif
Studi WTP	Tingkat WTP, Faktor Internal & Eksternal	Responden (pasien/keluarga)	Kuesioner (CVM)	Deskriptif & <i>Chi-Square</i>

Data dianalisis secara deskriptif dan komparatif. *Unit cost*, *cost recovery*, tarif rumah sakit kompetitor, dan WTP dianalisis secara deskriptif. Hubungan antara faktor-faktor internal maupun eksternal dengan WTP dianalisis menggunakan uji *Chi-square* dengan tingkat signifikansi $p < 0,05$. Seluruh analisis statistik dilakukan menggunakan SPSS versi 31. Tahap akhir analisis dilakukan dengan pendekatan triangulasi metodologis untuk menyusun rekomendasi tarif. Rekomendasi tarif ditentukan dengan mempertimbangkan tiga batasan (*constraints*): (1) batas bawah = *Unit Cost* (untuk mencapai *target cost recovery* minimal 100%), (2) batas atas = Nilai rata-rata WTP masyarakat (agar tetap terjangkau), dan (3) batas kompetitif = Tarif rata-rata rumah sakit kompetitor (sebagai acuan posisi pasar). Apabila terjadi konflik antar batasan (misalnya *Unit Cost* > WTP), maka rekomendasi disusun secara bertahap (*phased adjustment*) dengan memprioritaskan tindakan yang memiliki urgensi klinis tertinggi. Hasil triangulasi ini digunakan sebagai dasar penyusunan rekomendasi tarif tindakan medis operatif kelas II yang lebih rasional,

kompetitif, dan berbasis bukti (*evidence-based pricing*).

HASIL

Karakteristik responden

Sebanyak 114 responden berpartisipasi dalam penelitian ini. Berdasarkan Tabel 2, responden didominasi oleh kelompok usia 40–49 tahun (34,2%), berstatus menikah (80,7%), memiliki jumlah anggota keluarga 3–4 orang (52,6%), dan berpendidikan SMA/SMK (46,5%). Berdasarkan pekerjaan, sebagian besar responden bekerja sebagai petani (27,2%), diikuti pegawai swasta (24,6%) dan wiraswasta (23,7%). Mayoritas responden memiliki pendapatan Rp2.000.000–Rp5.000.000 per bulan (44,7%) dan menggunakan biaya sendiri sebagai sumber pembiayaan pelayanan kesehatan (62,3%). Sebagian besar responden menilai mutu pelayanan rumah sakit dalam kategori baik (57,9%), sedangkan persepsi terhadap fasilitas kamar operasi didominasi kategori cukup (43,0%). Mayoritas responden bertempat tinggal pada jarak 10–20 km dari rumah sakit (39,5%).

Tabel 2 karakteristik responden

Karakteristik	Kategori	n	%
Usia (tahun)	<30	14	12,3
	30–39	31	27,2
	40–49	39	34,2
	50–60	30	26,3
Status Perkawinan	Menikah	92	80,7
	Belum menikah	14	12,3
	Janda/Duda	8	7,0
Jumlah Anggota Keluarga	≤2 orang	24	21,1
	3–4 orang	60	52,6
	≥5 orang	30	26,3
Pendidikan Terakhir	SD	13	11,4
	SMP	24	21,1
	SMA/SMK	53	46,5
	Perguruan Tinggi	24	21,1
Pekerjaan	PNS/TNI/Polri	10	8,8
	Pegawai Swasta	28	24,6
	Wiraswasta	27	23,7
	Petani	31	27,2
	Lainnya	18	15,8
Pendapatan/Bulan	< Rp2.000.000	39	34,2
	Rp2.000.000–Rp5.000.000	51	44,7
	> Rp5.000.000	24	21,1
Sumber Pembiayaan	Biaya sendiri	71	62,3
	BPJS Kesehatan	34	29,8
	Asuransi lain	9	7,9
Persepsi terhadap Mutu Pelayanan	Kurang	12	10,5
	Cukup	36	31,6
	Baik	66	57,9
Persepsi terhadap Fasilitas	Kurang	21	18,4
	Cukup	49	43,0

	Baik	44	38,6
Jarak Tempat Tinggal	<10 km	41	36,0
	10–20 km	45	39,5
	>20 km	28	24,6

Analisis *unit cost* dan *cost recovery* tindakan medis operatif

Sebelum dilakukan perhitungan *unit cost*, biaya operasional rumah sakit dikelompokkan menjadi biaya tidak langsung dan biaya langsung. Biaya tidak langsung terdiri atas biaya unit penunjang sebesar Rp1.791.949.297, biaya administrasi sebesar Rp1.099.846.986, biaya unit penjualan sebesar Rp998.622.589, dan biaya

rekam medis sebesar Rp200.879.132. Seluruh komponen biaya tersebut dialokasikan ke unit kamar operasi sebagai dasar perhitungan *unit cost*. Biaya langsung unit kamar operasi terdiri atas biaya pemakaian bahan medis, tenaga kerja, administrasi, telekomunikasi, rumah tangga, utilitas, pemeliharaan, serta penyusutan aset sebagaimana disajikan pada Tabel 3.

Tabel 3 biaya langsung unit kamar operasi

KETERANGAN	JUMLAH	(%)
Biaya Pemakaian Bahan Medis	105.749.667	7,83
Tenaga Kerja	620.199.703	45,94
Administrasi	5.035.668	0,37
Telepon dan fax	5.091.835	0,38
Rumah Tangga	359.316.676	26,62
Perijinan	130.000	0,01
Perjalanan	4.308.125	0,32
Utility	53.674.735	3,98
Biaya Perbaikan dan Pemeliharaan	20.266.250	1,50
Biaya Penyusutan dan Amortisasi	176.134.547	13,05
Total biaya operasional	1.349.907.206	100

Berdasarkan Tabel 3, komponen biaya terbesar berasal dari tenaga kerja (45,94%), diikuti biaya rumah tangga (26,62%) serta biaya penyusutan dan amortisasi (13,05%). Sebaliknya, biaya administrasi, telepon, perjalanan dinas, dan perizinan memberikan kontribusi yang relatif kecil terhadap total biaya operasional kamar operasi.

Hasil perhitungan menggunakan metode *real cost* berbasis modifikasi ABC menunjukkan bahwa *unit cost* tindakan *appendectomy* sebesar Rp4.769.947, *laparotomy* sebesar Rp7.874.838, dan *trepanasi* sebesar Rp20.795.928. Analisis *cost recovery* menunjukkan bahwa tindakan

appendectomy memiliki tingkat pemulihan biaya sebesar 99%, sedangkan *laparotomy* dan *trepanasi* masing-masing sebesar 44% dan 16%, yang mengindikasikan bahwa tarif pelayanan yang berlaku belum sepenuhnya mampu menutup biaya penyelenggaraan pelayanan.

Analisis tarif rumah sakit kompetitor

Perbandingan tarif tindakan medis operatif dilakukan terhadap beberapa rumah sakit di wilayah Malang Selatan untuk mengetahui posisi tarif Rumah Sakit X dibandingkan rumah sakit kompetitor.

Tabel 4 tarif operasi di rumah sakit wilayah Malang Selatan

NO	NAMA TINDAKAN	RSUD K	RS X	RS L	RS M	RSI N
1	Appendectomy	5.213.660	4.844.660	4.500.000	5.700.000	5.000.000
2	Laparotomy	8.731.515	6.810.515	7.000.000	7.500.000	9.000.000
3	Trepanasi	11.399.984	20.631.484	-	-	-

Berdasarkan Tabel 4, tarif tindakan *appendectomy* dan *laparotomy* di Rumah Sakit X relatif lebih rendah dibandingkan sebagian besar rumah sakit pembanding. Sebaliknya, tarif tindakan *trepanasi* lebih tinggi dibandingkan rumah sakit lain yang menyediakan pelayanan serupa. Hasil tersebut menunjukkan bahwa penyusunan tarif perlu mempertimbangkan keseimbangan antara biaya pelayanan, daya saing

rumah sakit, dan kemampuan masyarakat dalam membayar pelayanan kesehatan.

Analisis *Willingness to Pay* dan estimasi pendapatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden menghendaki tarif tindakan medis operatif tetap seperti tarif yang berlaku saat ini. Pada tindakan *appendectomy*, sebanyak 86,7% responden menghendaki tarif

tetap dan 66,7% masih bersedia menerima kenaikan tarif dalam jumlah terbatas. Pada tindakan *laparotomy*, 94,7% responden menghendaki tarif tetap, sedangkan hanya 26,3% yang bersedia menerima kenaikan tarif. Pada tindakan *trepanasi*, 63,6% responden menghendaki tarif tetap dan 27,2% masih bersedia menerima kenaikan tarif.

Nilai WTP responden untuk tindakan *appendectomy* berkisar antara Rp1.000.000–Rp7.500.000, *laparotomy* antara Rp4.000.000–

Rp15.000.000, dan *trepanasi* antara Rp12.000.000–Rp40.000.000. Nilai rata-rata WTP masing-masing sebesar Rp4.708.000, Rp7.337.368, dan Rp21.327.273. Sebagian besar responden memiliki kemampuan membayar yang berada di bawah atau mendekati tarif pelayanan yang berlaku, sehingga perubahan tarif perlu mempertimbangkan kemampuan ekonomi masyarakat agar tidak menurunkan akses terhadap pelayanan kesehatan.

Tabel 5 perkiraan pendapatan operasi sedang, operasi besar, dan operasi besar khusus

No.	Jenis Operasi	Tarif	Estimasi Pendapatan
1	Operasi Sedang	Rp. 5.000.000	Rp. 25.000.000
		Rp. 5.200.000	Rp. 20.800.000
		Rp. 6.240.000	Rp. 12.480.000
2	Operasi Besar	Rp. 7.000.000	Rp. 63.000.000
		Rp. 7.700.000	Rp. 15.400.000
		Rp. 5.000.000	Rp. 15.000.000
3	Operasi Besar Khusus	Rp. 40.000.000	Rp. 40.000.000
		Rp. 25.000.000	Rp. 25.000.000
		Rp. 20.600.000	Rp. 20.600.000

Berdasarkan Tabel 5, alternatif tarif yang disusun berdasarkan hasil WTP memberikan peluang peningkatan pendapatan rumah sakit dengan tetap mempertimbangkan kemampuan masyarakat dalam membayar pelayanan. Hasil ini menunjukkan bahwa pendekatan integrasi antara *unit cost*, tarif rumah sakit kompetitor, dan WTP dapat digunakan sebagai dasar penyusunan

rekomendasi tarif tindakan medis operatif yang lebih rasional.

Faktor-faktor yang mempengaruhi *Willingness to Pay*

Hubungan antara faktor-faktor internal maupun eksternal dengan WTP dianalisis menggunakan uji *Chi-square*.

Tabel 6 rekapitulasi hasil uji *chi-square* pada tindakan operasi sedang (*appendectomy*), Operasi Besar (*laparotomy*), dan operasi besar khusus (*trepanasi*)

Operasi Sedang (<i>Appendictomy</i>)						
Faktor	<i>Chi-Square</i> hitung	<i>Chi-Square</i> tabel	Sig.	Sig. Fisher	Koefisien Kontingensi	Keterangan
Internal:						
1. Usia	7,212	5,99	0,027	-	0,440	Tolak H0
2. Status	-	-	-	-	-	Konstan
3. Tanggungan	0,721	5,99	0,697	-	0,153	Terima H0
4. Pendidikan	3,111	9,49	0,539	-	0,307	Terima H0
5. Harta benda	-	-	-	1,000	0,015	Terima H0
6. Pekerjaan	0,455	5,99	0,797	-	0,122	Terima H0
7. Penghasilan	1,154	7,81	0,764	-	0,192	Terima H0
8. Kunjungan pertama	-	-	-	1,000	0,069	Terima H0
9. Kunjungan berikutnya	-	-	-	0,075	0,390	Terima H0
10. Sumber biaya	2,802	5,99	0,246	-	0,292	Terima H0
Eksternal:						
11. Mutu	0,240	5,99	0,887	-	0,089	Terima H0
12. Fasilitas	0,710	5,99	0,701	-	0,152	Terima H0
13. Jarak rumah	1,893	5,99	0,388	-	0,244	Terima H0
Operasi Besar (<i>Laparatomy</i>)						
Internal:						
1. Usia	0,798	5,99	0,671	-	0,201	Terima H0
2. Status	-	-	-	-	-	Konstan
3. Tanggungan	1,626	5,99	0,444	-	0,281	Terima H0
4. Pendidikan	11,922	9,49	0,018	-	0,621	Tolak H0
5. Harta benda	4,590	5,99	0,101	-	0,441	Terima H0
6. Pekerjaan	-	-	-	1,000	0,227	Terima H0
7. Penghasilan	1,626	5,99	0,444	-	0,281	Terima H0
8. Kunjungan pertama	-	-	-	1,000	0,135	Terima H0

9. Kunjungan berikutnya	-	-	-	1,000	0,147	Terima H0
10. Sumber biaya	-	-	-	1,000	0,189	Terima H0
Eksternal:						
11. Mutu	0,705	5,99	0,703	-	0,189	Terima H0
12. Fasilitas	3,074	5,99	0,215	-	0,373	Terima H0
13. Jarak rumah	0,609	5,99	0,738	-	0,176	Terima H0
Operasi Besar Khusus (<i>Trepanasi</i>)						
Internal:						
1. Usia	-	-	-	-	-	Konstan
2. Status	-	-	-	-	-	Konstan
3. Tanggungan	-	-	-	0,236	0,425	Terima H0
4. Pendidikan	0,917	7,81	0,821	-	0,277	Terima H0
5. Harta benda	-	-	-	1,000	0,039	Terima H0
6. Pekerjaan	0,437	5,99	0,804	-	0,195	Terima H0
7. Penghasilan	0,665	5,99	0,717	-	0,239	Terima H0
8. Kunjungan pertama	-	-	-	1,000	0,190	Terima H0
9. Kunjungan berikutnya	-	-	-	1,000	0,083	Terima H0
10. Sumber biaya	-	-	-	1,000	0,277	Terima H0
Eksternal:						
11. Mutu	-	-	-	1,000	0,420	Terima H0
12. Fasilitas	0,917	5,99	0,632	-	0,277	Terima H0
13. Jarak rumah	2,177	5,99	0,337	-	0,406	Terima H0

Hasil uji menunjukkan bahwa pada tindakan *appendectomy*, hanya variabel usia yang berhubungan signifikan dengan WTP ($\chi^2 = 7,212$; $p = 0,027$). Pada tindakan *laparotomy*, hanya variabel tingkat pendidikan yang berhubungan signifikan ($\chi^2 = 11,922$; $p = 0,018$). Sementara itu, pada tindakan *trepanasi*, seluruh faktor internal maupun eksternal tidak menunjukkan hubungan yang signifikan terhadap WTP ($p > 0,05$). Variabel

lain, seperti status perkawinan, jumlah tanggungan keluarga, pekerjaan, pendapatan, sumber pembiayaan, mutu pelayanan, fasilitas, dan jarak tempat tinggal, juga tidak menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik terhadap WTP pada ketiga kelompok tindakan medis operatif.

PEMBAHASAN

Analisis unit cost dan cost recovery

Hasil penelitian menunjukkan bahwa komponen biaya terbesar pada pelayanan tindakan medis operatif berasal dari biaya tenaga kerja, diikuti biaya rumah tangga serta biaya penyusutan dan amortisasi. Selain itu, hasil perhitungan *unit cost* menunjukkan bahwa tindakan *appendectomy* telah mencapai *cost recovery* sebesar 99%, sedangkan *laparotomy* dan *trepanasi* hanya mencapai 44% dan 16%. Temuan ini mengindikasikan bahwa struktur tarif tindakan operasi dengan kompleksitas tinggi belum mampu menutup seluruh biaya penyelenggaraan pelayanan sehingga berpotensi menurunkan efisiensi finansial rumah sakit apabila dipertahankan dalam jangka panjang.

Perhitungan *unit cost* pada penelitian ini menggunakan pendekatan *Activity-Based Costing* (ABC) yang mengalokasikan biaya berdasarkan aktivitas yang mengonsumsi sumber daya (*cost driver*). Dibandingkan metode konvensional, ABC menghasilkan estimasi biaya yang lebih akurat karena mempertimbangkan penggunaan tenaga kerja, fasilitas, peralatan, dan bahan medis pada setiap jenis tindakan operatif. Dengan demikian, metode ini lebih mampu menggambarkan biaya riil pelayanan dan menjadi dasar yang lebih objektif dalam evaluasi tarif rumah sakit (8).

Dominasi biaya tenaga kerja menunjukkan bahwa pelayanan tindakan medis operatif merupakan layanan yang sangat bergantung pada kompetensi sumber daya manusia. Semakin tinggi kompleksitas tindakan operasi, semakin besar

kebutuhan terhadap tenaga medis multidisiplin, durasi tindakan, serta koordinasi pelayanan, sehingga biaya tenaga kerja menjadi komponen biaya yang paling dominan. Di sisi lain, rendahnya *cost recovery* pada *laparotomy* dan *trepanasi* menunjukkan adanya ketidaksesuaian antara tarif yang berlaku dengan besarnya konsumsi sumber daya. Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh meningkatnya biaya bahan medis habis pakai, penggunaan teknologi kesehatan, serta biaya pemeliharaan fasilitas yang belum sepenuhnya tercermin dalam struktur tarif pelayanan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Astuti (16) yang menyatakan bahwa metode ABC menghasilkan *unit cost* yang lebih akurat dibandingkan metode tradisional sehingga lebih tepat digunakan sebagai dasar penetapan tarif pelayanan kesehatan. Temuan serupa juga dilaporkan oleh Munaa et al. (9) dan Hasan (7) yang menunjukkan bahwa pendekatan ABC mampu mengidentifikasi komponen biaya dominan sekaligus mengevaluasi tingkat *cost recovery* pelayanan rumah sakit. Selain itu, Fauzi et al. (18) menegaskan bahwa analisis biaya berbasis aktivitas mendukung efisiensi operasional melalui identifikasi aktivitas yang memiliki kontribusi biaya terbesar, sedangkan Kurniawan dan Rahmah (5) menyimpulkan bahwa evaluasi tarif rumah sakit perlu didasarkan pada *unit cost* aktual agar tidak terjadi *underpricing* maupun *overpricing*.

Temuan ini memiliki implikasi praktis bahwa evaluasi tarif tindakan medis operatif sebaiknya

dilakukan secara berkala menggunakan pendekatan ABC agar tarif yang ditetapkan mampu meningkatkan *cost recovery* tanpa mengurangi daya saing rumah sakit. Dari sisi manajerial, informasi *unit cost* juga dapat dimanfaatkan sebagai dasar pengendalian biaya, peningkatan efisiensi penggunaan sumber daya, dan penyusunan kebijakan tarif yang mendukung keberlanjutan finansial rumah sakit dengan tetap mempertahankan mutu pelayanan.

Analisis tarif rumah sakit kompetitor

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tarif tindakan *appendectomy* dan *laparotomy* di Rumah Sakit X relatif lebih rendah dibandingkan sebagian besar rumah sakit kompetitor di wilayah Malang Selatan, sedangkan tarif trepanasi relatif lebih tinggi. Temuan ini menunjukkan bahwa kebijakan tarif rumah sakit belum sepenuhnya mencerminkan posisi kompetitif pada setiap jenis tindakan medis operatif. Tarif yang lebih rendah dapat meningkatkan daya tarik pasien, namun apabila tidak diimbangi dengan *cost recovery* yang memadai berpotensi menurunkan keberlanjutan finansial rumah sakit. Sebaliknya, tarif yang lebih tinggi perlu didukung oleh kualitas pelayanan dan fasilitas yang memberikan nilai tambah bagi pasien.

Dalam perspektif strategi penetapan harga (*pricing strategy*), tarif pelayanan kesehatan merupakan hasil keseimbangan antara biaya penyelenggaraan pelayanan, nilai yang diterima

pasien, serta kondisi persaingan di pasar. Oleh karena itu, penetapan tarif tidak hanya berorientasi pada biaya (*cost-based pricing*), tetapi juga perlu mempertimbangkan nilai pelayanan (*value-based pricing*) dan posisi tarif terhadap rumah sakit sejenis (*competitive pricing*). Pendekatan ini memungkinkan rumah sakit menetapkan tarif yang mampu mendukung keberlanjutan operasional tanpa mengurangi daya saing maupun akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

Salah satu pendekatan yang banyak digunakan adalah *benchmarking* tarif, yaitu membandingkan struktur tarif rumah sakit dengan rumah sakit pembanding yang memiliki karakteristik pelayanan serupa. Melalui *benchmarking*, rumah sakit dapat mengevaluasi apakah tarif yang berlaku berada pada posisi kompetitif serta mengidentifikasi kebutuhan penyesuaian tarif berdasarkan kondisi pasar. Namun demikian, hasil *benchmarking* tidak dapat dijadikan satu-satunya dasar penetapan tarif karena setiap rumah sakit memiliki struktur biaya, kapasitas layanan, teknologi, dan karakteristik pasien yang berbeda.

Temuan penelitian ini sejalan dengan Fikri dan Rossieta (22) yang menyatakan bahwa *benchmarking* tarif merupakan instrumen penting dalam penyusunan kebijakan tarif rumah sakit karena membantu menilai posisi kompetitif tanpa mengabaikan efisiensi biaya. Demikian pula, Du dan Tanriverdi (21) menjelaskan bahwa strategi

penetapan harga yang efektif harus mengintegrasikan informasi biaya internal dengan kondisi persaingan eksternal agar rumah sakit mampu mempertahankan kinerja finansial. Sementara itu, Kamali et al. (23) menegaskan bahwa kebijakan tarif pelayanan kesehatan yang berkelanjutan memerlukan keseimbangan antara *unit cost*, kualitas pelayanan, dan persepsi nilai yang diterima pasien.

Implikasi praktis dari hasil penelitian ini adalah bahwa evaluasi tarif tindakan medis operatif di Rumah Sakit X sebaiknya dilakukan melalui pendekatan yang mengombinasikan hasil *benchmarking* dengan analisis *unit cost*, *cost recovery*, dan WTP. Pendekatan tersebut memungkinkan rumah sakit menetapkan tarif yang lebih rasional, kompetitif, dan adaptif terhadap perubahan biaya operasional maupun dinamika pasar, sehingga mampu meningkatkan daya saing sekaligus mendukung keberlanjutan finansial rumah sakit.

Analisis *Willingness to Pay*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden menghendaki tarif tindakan medis operatif tetap seperti tarif yang berlaku saat ini, sedangkan nilai rata-rata WTP pada tindakan *appendectomy*, *laparotomy*, dan *trepanasi* masih berada pada kisaran tarif pelayanan yang berlaku. Temuan ini mengindikasikan bahwa masyarakat masih memiliki kemampuan menerima penyesuaian tarif,

namun dalam batas yang sesuai dengan kemampuan ekonomi dan persepsi terhadap manfaat pelayanan. Dengan kata lain, keputusan membayar pelayanan kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh besarnya tarif, tetapi juga oleh manfaat klinis yang dirasakan, kualitas pelayanan, dan kondisi sosial ekonomi pasien.

Dalam perspektif ekonomi kesehatan, *Contingent Valuation Method* (CVM) digunakan untuk mengukur nilai maksimum yang bersedia dibayarkan masyarakat terhadap suatu pelayanan melalui skenario hipotetik. Pendekatan ini tidak hanya menggambarkan kemampuan finansial, tetapi juga mencerminkan preferensi pasien terhadap mutu pelayanan yang diterima. Oleh karena itu, WTP menjadi salah satu indikator penting dalam penyusunan tarif pelayanan kesehatan karena mampu menghubungkan perspektif penyedia layanan dengan kemampuan dan penerimaan masyarakat terhadap tarif yang ditetapkan.

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa kemampuan ekonomi masyarakat masih menjadi pertimbangan utama dalam menentukan kesediaan membayar pelayanan kesehatan, terutama pada tindakan dengan biaya yang lebih tinggi seperti *laparotomy* dan *trepanasi*. Meskipun tindakan tersebut memiliki manfaat klinis yang besar, sebagian responden tetap menghendaki tarif yang tidak jauh berbeda dengan tarif yang berlaku. Kondisi ini menunjukkan bahwa peningkatan tarif yang tidak mempertimbangkan

kemampuan ekonomi masyarakat berpotensi menurunkan akses terhadap pelayanan kesehatan. Sebaliknya, penyesuaian tarif yang didasarkan pada WTP dapat menjaga keseimbangan antara keberlanjutan finansial rumah sakit dan keterjangkauan pelayanan bagi pasien.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Agustina et al. (2) yang menyatakan bahwa kemampuan membayar dan persepsi terhadap manfaat pelayanan merupakan determinan utama dalam keputusan masyarakat menggunakan pelayanan kesehatan. Penelitian Nugraheni et al. (19) dan Busyra et al. (17) juga menunjukkan bahwa WTP dapat digunakan sebagai dasar evaluasi tarif karena mencerminkan tingkat penerimaan masyarakat terhadap kebijakan pembiayaan pelayanan kesehatan. Pada tingkat internasional, Shakya et al. (10) melaporkan bahwa nilai WTP dipengaruhi oleh pendapatan, persepsi kualitas pelayanan, dan tingkat kepercayaan terhadap penyedia layanan kesehatan. Temuan tersebut diperkuat oleh Safwan dan Saputra (20) yang menyimpulkan bahwa integrasi analisis WTP dengan *unit cost* menghasilkan rekomendasi tarif yang lebih realistis dibandingkan pendekatan yang hanya mempertimbangkan biaya pelayanan.

Implikasi praktis dari hasil penelitian ini adalah bahwa penyesuaian tarif tindakan medis operatif sebaiknya tidak hanya didasarkan pada hasil perhitungan *unit cost*, tetapi juga mempertimbangkan tingkat WTP masyarakat. Integrasi kedua pendekatan tersebut

memungkinkan rumah sakit menetapkan tarif yang lebih rasional, meningkatkan *cost recovery*, serta tetap menjaga keterjangkauan pelayanan. Dengan demikian, kebijakan tarif yang dihasilkan tidak hanya mendukung keberlanjutan finansial rumah sakit, tetapi juga berorientasi pada kemampuan dan kebutuhan pasien sebagai pengguna layanan.

Faktor-faktor yang berhubungan dengan *Willingness to Pay*

Hasil penelitian menunjukkan bahwa usia berhubungan secara signifikan dengan WTP pada tindakan *appendectomy*, sedangkan tingkat pendidikan berhubungan pada tindakan *laparotomy*. Sebaliknya, status perkawinan, jumlah anggota keluarga, pekerjaan, pendapatan, sumber pembiayaan, mutu pelayanan, fasilitas, dan jarak tempat tinggal tidak menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik. Temuan ini menunjukkan bahwa hubungan karakteristik responden dengan WTP bersifat kontekstual dan dapat berbeda menurut jenis tindakan medis operatif serta tingkat kompleksitas pelayanan.

Berdasarkan teori perilaku konsumen kesehatan (*health consumer behavior*), keputusan seseorang dalam menggunakan dan membayar pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh karakteristik individu, persepsi terhadap manfaat pelayanan, pengalaman kesehatan, serta kemampuan memahami informasi medis. Hubungan usia dengan WTP pada tindakan *appendectomy* dapat dijelaskan karena kelompok

usia produktif umumnya memiliki tanggung jawab ekonomi yang lebih besar dan cenderung mempertimbangkan manfaat tindakan operasi untuk mempertahankan produktivitas. Sementara itu, hubungan tingkat pendidikan dengan WTP pada tindakan *laparotomy* menunjukkan bahwa literasi kesehatan berperan dalam meningkatkan pemahaman terhadap urgensi tindakan operatif, sehingga pasien dengan tingkat pendidikan lebih tinggi cenderung lebih rasional dalam menilai manfaat pelayanan dibandingkan hanya mempertimbangkan besarnya biaya.

Tidak ditemukannya hubungan yang signifikan pada variabel lain menunjukkan bahwa keputusan membayar pelayanan kesehatan pada tindakan operatif tidak hanya ditentukan oleh karakteristik sosial ekonomi, tetapi juga dipengaruhi oleh kondisi klinis dan kebutuhan pelayanan. Pada tindakan yang berkaitan dengan keselamatan pasien, keputusan menjalani operasi umumnya lebih didasarkan pada kebutuhan medis daripada pertimbangan demografi atau akses geografis. Selain itu, homogenitas karakteristik responden dan cakupan penelitian pada satu rumah sakit juga dapat menyebabkan variasi antar kelompok menjadi terbatas sehingga hubungan statistik tidak terlihat secara bermakna.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Nugraheni et al. (19) yang melaporkan bahwa pendidikan berhubungan dengan WTP melalui peningkatan literasi kesehatan dan pemahaman terhadap manfaat pelayanan. Temuan Busyra et al.

(17) dan Agustina et al. (2) juga menunjukkan bahwa hubungan karakteristik individu dengan WTP tidak selalu konsisten pada setiap populasi karena dipengaruhi oleh sistem pembiayaan kesehatan dan kondisi sosial ekonomi masyarakat. Pada tingkat internasional, Shakya et al. (10) menyatakan bahwa usia dan pendidikan merupakan faktor yang paling sering berhubungan dengan WTP, sedangkan variabel lain cenderung bervariasi menurut karakteristik pelayanan dan populasi penelitian. Temuan tersebut diperkuat oleh Safwan dan Saputra (20) yang menyimpulkan bahwa analisis WTP perlu mempertimbangkan karakteristik pasien sebagai bagian dari penyusunan kebijakan tarif yang berorientasi pada pengguna layanan.

Secara keseluruhan, hasil penelitian menunjukkan bahwa penentuan tarif tindakan medis operatif sebaiknya tidak hanya didasarkan pada hasil perhitungan *unit cost* atau perbandingan tarif rumah sakit kompetitor, tetapi juga mempertimbangkan tingkat *cost recovery*, WTP, serta karakteristik pasien yang berhubungan dengan kemampuan menerima tarif pelayanan. Integrasi keempat komponen tersebut memberikan dasar yang lebih komprehensif dalam penyusunan tarif tindakan medis operatif sehingga tarif yang dihasilkan lebih rasional, kompetitif, sesuai dengan kemampuan masyarakat, dan mendukung keberlanjutan finansial rumah sakit. Pendekatan ini sekaligus menjadi kontribusi utama penelitian, yaitu menawarkan kerangka

pengambilan keputusan tarif yang menggabungkan perspektif biaya pelayanan dan perspektif pengguna layanan sebagai dasar penyusunan kebijakan tarif rumah sakit yang berbasis bukti (*evidence-based hospital pricing*).

KESIMPULAN

Penelitian ini berhasil mencapai tujuan penelitian, yaitu menganalisis penentuan tarif tindakan medis operatif kelas II di Rumah Sakit Wawa Husada berdasarkan perhitungan *unit cost*, analisis *cost recovery*, perbandingan tarif rumah sakit kompetitor, dan WTP masyarakat sebagai dasar penyusunan rekomendasi tarif pelayanan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perhitungan *unit cost* berbasis ABC memberikan gambaran biaya riil pelayanan yang lebih akurat, sedangkan analisis *cost recovery* menunjukkan bahwa tindakan *laparotomy* dan *trepanasi* belum mampu menutup seluruh biaya penyelenggaraan pelayanan. Di sisi lain, posisi tarif Rumah Sakit Wawa Husada masih relatif kompetitif dibandingkan rumah sakit pembanding, sementara analisis WTP menunjukkan bahwa masyarakat masih memiliki kemampuan menerima penyesuaian tarif dalam batas tertentu.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa hubungan karakteristik responden dengan WTP bersifat kontekstual. Usia berhubungan dengan WTP pada tindakan *appendectomy*, sedangkan tingkat pendidikan berhubungan pada tindakan *laparotomy*, sementara karakteristik lainnya tidak

menunjukkan hubungan yang bermakna. Temuan tersebut mengindikasikan bahwa penentuan tarif pelayanan kesehatan tidak hanya mempertimbangkan biaya penyelenggaraan pelayanan, tetapi juga karakteristik pengguna layanan dan tingkat penerimaan masyarakat terhadap kebijakan tarif.

Secara ilmiah, penelitian ini memperkuat pendekatan penentuan tarif rumah sakit yang mengintegrasikan perhitungan *unit cost*, evaluasi *cost recovery*, *benchmarking* tarif rumah sakit kompetitor, dan analisis WTP dalam satu kerangka pengambilan keputusan. Pendekatan tersebut memberikan dasar yang lebih komprehensif dibandingkan penggunaan satu indikator saja, sehingga mampu mendukung penyusunan kebijakan tarif yang berbasis bukti (*evidence-based hospital pricing*).

Secara praktis, hasil penelitian dapat dimanfaatkan oleh manajemen Rumah Sakit X sebagai dasar evaluasi dan penyesuaian tarif tindakan medis operatif secara berkala agar tetap mencerminkan biaya riil pelayanan, mempertahankan daya saing rumah sakit, serta menjaga keterjangkauan pelayanan bagi masyarakat. Bagi pengelola rumah sakit dan pembuat kebijakan, pendekatan integratif ini dapat dijadikan acuan dalam menyusun kebijakan tarif yang lebih rasional, transparan, dan berorientasi pada keberlanjutan finansial tanpa mengurangi mutu pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian, direkomendasikan agar evaluasi tarif tindakan medis operatif dilakukan secara periodik dengan mempertimbangkan perubahan struktur biaya, perkembangan tarif rumah sakit pembanding, dan dinamika kemampuan masyarakat membayar pelayanan kesehatan. Selain itu, hasil analisis WTP perlu diintegrasikan ke dalam proses penyusunan tarif sehingga kebijakan yang dihasilkan tetap mempertimbangkan keseimbangan antara kepentingan rumah sakit sebagai penyedia layanan dan masyarakat sebagai pengguna layanan.

Keterbatasan penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. *Pertama*, penelitian hanya dilakukan pada satu rumah sakit sehingga hasilnya belum dapat digeneralisasikan untuk seluruh rumah sakit dengan karakteristik yang berbeda. *Kedua*, analisis WTP menggunakan pendekatan *Contingent Valuation Method* (CVM) yang didasarkan pada skenario hipotetik sehingga masih memungkinkan terjadinya perbedaan antara nilai WTP yang dinyatakan responden dan perilaku pembayaran aktual. *Ketiga*, penelitian menggunakan desain *cross-sectional*, sehingga hubungan yang ditemukan melalui uji *Chi-square* menunjukkan keterkaitan antarvariabel pada waktu pengamatan dan tidak dapat digunakan untuk menyimpulkan hubungan kausal.

Arah penelitian selanjutnya

Penelitian selanjutnya disarankan melibatkan lebih banyak rumah sakit dengan karakteristik yang berbeda agar hasil penelitian memiliki daya generalisasi yang lebih baik. Selain itu, penelitian dapat mengembangkan model penentuan tarif dengan memasukkan variabel lain, seperti *Ability to Pay* (ATP), mutu pelayanan yang diukur secara objektif, tingkat kepuasan pasien, serta indikator luaran klinis dan efisiensi operasional rumah sakit. Penggunaan analisis multivariat atau pendekatan pemodelan yang lebih komprehensif juga direkomendasikan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan WTP secara lebih mendalam serta memperkuat pengembangan model *evidence-based hospital pricing*.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. World Health Organization; 2023 [cited 2026 Jun 29]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>
2. Agustina R, Dartanto T, Sitompul R, Susiloretni KA, Suparmi, Achadi EL, et al. Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *The Lancet*. 2019;393(10166):75–102. doi:10.1016/S0140-6736(18)31647-7 PubMed PMID: 30579611.

3. Darmawan ES. Evysela-Hospital costing inovasi penghitungan unit cost rumah sakit dengan metode activity based costing [Internet]. 2025 [cited 2026 Jun 29]. Available from: <https://innovation.ui.ac.id/evysela-hospitalcosting-inovasi-penghitungan-unit-cost-rumah-sakit-dengan-metode-activity-based-costing/>
4. Kementerian Kesehatan. Laporan kinerja (Lakip) tahun 2024 [Internet]. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia; 2024 [cited 2026 Jun 29]. Available from: [//ayosehat.kemkes.go.id/laporan-kinerja-tahun-2024](http://ayosehat.kemkes.go.id/laporan-kinerja-tahun-2024)
5. Kurniawan NA, Rahmah SN. Comparing unit costs, INA-CBGs, and hospital tariffs in Indonesia: A literature review. *J Public Adm Stud*. 2025;10(1):1–8. doi:10.21776/ub.jpas.2025.010.01.1
6. Sundararaman T, Kar SS, Parmar D. The science and practice of public health. First published. Routledge Taylor & Francis Group: London and New York; 2026.
7. Hasan H. Analisis perbandingan biaya satuan pelayanan hemodialisa dengan metode activity based costing (abc) terhadap tarif rumah sakit serta cost recovery rate (crr) di rsud i.a moeis samarinda tahun 2023 [Internet]. Universitas Mulawarman; 2024 [cited 2026 Jun 29]. Available from: https://digilib.unmul.ac.id/index.php?p=show_detail&id=46840&keywords=
8. Kaplan RS, Anderson SR. Time-driven activity-based costing: A simpler and more powerful path to higher profits. Harvard Business Press; 2007. 283 p.
9. Munaa N, Rahmawati NV, Nurdiana F, Kusdiyana A, Kusbiantoro D, Sholihah EM. Analysis of activity based costing as the basis for inpatient services tariff at intan medika lamongan hospital. *J Manaj Kesehat Indones*. 2024;12(2):185–93. doi:10.14710/jmki.12.2.2024.185-193
10. Shakya S, Bohingamu Mudiyansele S, Robinson S, Randall S, Gao L. Time-driven activity-based costing and its use in health economic analysis: A systematic literature review. *Appl Health Econ Health Policy*. 2025;23(6):989–1004. doi:10.1007/s40258-025-00988-3
11. Tua JM, Ramadhan Y, Johaness J. Time-driven activity-based costing for on-pump coronary artery bypass grafting: Evidence from a bundled payment system in Indonesia. *Indones J Nurs Health Sci*. 2025;10(2). doi:10.47007/ijnhs.v10i2.10267
12. Araújo F, Brandão A, Shaikh AA. Exploring the influence of patient testimonials on healthcare services: a social identity theory perspective. *Eur Bus Rev*. 2025;37(3):532–57. doi:10.1108/EBR-01-2024-0049
13. Sharasanti DA. The studi pustaka penerapan activity based costing penentuan tarif layanan di rumah sakit. *J Bisnis Perspekt*.

- 2023;15(2):128–44.
doi:10.37477/bip.v15i2.470
14. Hafni DA, Aji SSB, Andriani M. Analysis of the cost recovery rate for inpatient services under the national health insurance scheme at hospital X in Yogyakarta. *J Account Invest.* 2025;26(1):71–86.
doi:10.18196/jai.v26i1.23520
15. Skarayadi O, Endarti D, Satibi S, Mukti AG. Discrepancies in hospital cost and Indonesia's case-based groups: A literature review. *J Manag Pharm Pract.* 2025;15(4).
doi:10.22146/jmpf.95970
16. Astuti IY. Analisis penetapan unit cost layanan kesehatan (studi pada rumah sakit jiwa prof. dr. soerojo Magelang). *Account Bus Inf Syst J.* 2020;7(4). doi:10.22146/abis.v7i4.58871
17. Busyra A, Ibrahim R, Aizuddin AN, Hassan NH, Irwan Saputra. Impact of ability and willingness to pay for health insurance in Indonesia. *Bali Med J.* 2023;12(2):2245–50.
doi:10.15562/bmj.v12i2.4273
18. Fauzi A, Zulfikar T, Rulia R. Unit cost analysis of central sterile supply department (CSSD) services using the activity-based costing method. *Indones J Glob Health Res.* 2026;8(1):869–72. doi:10.37287/ijghr.v8i1.507
19. Nugraheni DA, Satibi S, Kristina SA, Puspendari DA. Factors associated with willingness to pay for cost-sharing under universal health coverage scheme in Yogyakarta, Indonesia: A cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(22):15017.
doi:10.3390/ijerph192215017
20. Safwan AM, Saputra I. Determinan willingness to pay dan ability to pay dalam pembiayaan pelayanan kesehatan: Sebuah literature review. *Public Health J.* 2026;3(1):99–112.
doi:10.62710/qvpymz79
21. Du K, Tanriverdi H. Does IT enable collusion or competition: Examining the effects of IT on service pricing in multimarket multihospital systems. *MIS Q.* 2023;47(4):1425–54.
doi:10.25300/MISQ/2022/16764
22. Fikri DI, Rossieta H. Evaluasi strategi penerapan harga dalam menghadapi kompetisi (studi kasus pada RSIA ABC). *Owner.* 2024;8(1):222–33. doi:10.33395/owner.v8i1.1824
23. Kamali AH, Taleizadeh AA, Toloo M. A novel approach to optimize an integrated network design and pricing of a healthcare supply chain. *Expert Syst Appl.* 2024;252:123976.
doi:10.1016/j.eswa.2024.123976
24. Susi S, Machmud R, Aljunid SM, Astoeti TE. Analisis perbandingan unit cost dengan tarif INA-CBGs pada perawatan odontektomi di rumah sakit umum daerah rasyidin Padang. *J Ners.* 2026;10(3):6803–9.
doi:10.31004/jn.v10i3.58172