



Department of Digital Business

Journal of Artificial Intelligence and Digital Business (RIGGS)

Homepage: <https://journal.ilmudata.co.id/index.php/RIGGS>

Vol. 4 No. 2 (2025) pp: 5836-5841

P-ISSN: 2963-9298, e-ISSN: 2963-914X

Pengaruh Klasifikasi Biaya Terhadap Efisiensi Pengelolaan Keuangan Rumah Sakit

Nur Husna Dewi¹, Sherly Firsta Rahmi¹, Budi Hartono¹, Ilma Wizraa²

¹ Universitas Hang Tuah Pekanbaru

² Binus University

Email: husnadewi51@gmail.com

Abstrak

Efisiensi pengelolaan keuangan merupakan aspek vital dalam menunjang keberlanjutan operasional dan pelayanan rumah sakit. Klasifikasi biaya, khususnya berdasarkan sifat tetap atau variabel, serta langsung atau tidak langsung, dapat menjadi instrumen penting dalam mendukung efisiensi tersebut. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis pengaruh penerapan klasifikasi biaya terhadap efisiensi pengelolaan keuangan di rumah sakit. Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif-kualitatif berbasis literatur dengan telaah 20 jurnal nasional dan internasional yang relevan dalam kurun waktu 2010-2024. Fokus studi diarahkan pada pemahaman karakteristik biaya tetap (fixed cost), biaya variabel (variable cost), biaya langsung (direct cost) dan biaya tidak langsung (indirect cost), serta bagaimana masing-masing mempengaruhi pengambilan keputusan manajerial dalam konteks efisiensi biaya. Hasil analisis menunjukkan bahwa biaya tetap, seperti gaji pegawai tetap dan depresiasi aset, menimbulkan beban tetap yang tinggi saat volume pasien rendah. Sementara itu, biaya variabel, seperti obat-obatan, lebih mudah dioptimalkan untuk efisiensi jangka pendek. Ketepatan dalam mengidentifikasi dan mengelola biaya tidak langsung juga berdampak signifikan pada transparansi dan akurasi alokasi biaya. Dengan demikian, klasifikasi biaya yang tepat berkontribusi langsung terhadap peningkatan efisiensi pengelolaan keuangan rumah sakit melalui kontrol beban tetap dan fleksibilitas biaya variabel.

Kata kunci: Klasifikasi Biaya, Efisiensi Keuangan, Pengelolaan Rumah Sakit, Manajemen Biaya

1. Latar Belakang

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan memiliki tanggung jawab besar dalam menyediakan layanan yang berkualitas dengan efisiensi penggunaan sumber daya yang optimal (Al Hanawi et al., 2019). Seiring meningkatnya kebutuhan pelayanan kesehatan dan tekanan anggaran yang terbatas, rumah sakit dituntut untuk mampu mengelola keuangannya secara efektif dan efisien (Kaplan & Porter, 2011). Salah satu pendekatan yang dapat mendukung upaya tersebut adalah penerapan sistem klasifikasi biaya yang akurat dan terstruktur (Cahyadi, 2020). Klasifikasi biaya merupakan metode untuk mengelompokkan berbagai jenis pengeluaran berdasarkan karakteristik tertentu, yang umumnya dibagi menjadi dua dimensi utama: berdasarkan perilaku terhadap volume aktivitas (biaya tetap dan biaya variabel), serta berdasarkan keterkaitannya terhadap unit layanan (biaya langsung dan biaya tidak langsung) (Drury, 2013). Pemahaman yang baik mengenai masing-masing kategori ini memungkinkan pihak manajemen rumah sakit untuk merancang strategi pengendalian biaya yang lebih spesifik dan relevan (Horngren et al., 2014).

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI (2023), komposisi struktur biaya operasional di rumah sakit rata-rata terdiri dari 70-80% biaya tetap dan sisanya biaya variabel. Biaya tetap mendominasi karena tingginya komponen gaji, sewa dan depresiasi alat. Di sisi lain, lokasi biaya tidak langsung kerap tidak didistribusikan secara proporsional antar unit layanan. Ketimpangan ini menyebabkan banyak rumah sakit menghadapi inefisiensi anggaran dan pemborosan sumber daya, terutama saat tingkat utilisasi layanan menurun atau pembiayaan klaim dari BPJS mengalami keterlambatan. Oleh karena itu, kajian terhadap klasifikasi biaya menjadi sangat relevan untuk merumuskan strategi efisiensi berbasis struktur biaya yang lebih akuntabel dan responsif. Biaya tetap (fixed cost) adalah biaya yang tidak berubah dalam jangka pendek meskipun terjadi fluktuasi volume pasien atau aktivitas layanan, seperti gaji pegawai tetap, biaya sewa bangunan dan depresiasi alat kesehatan (Roberts et al., 1998). Biaya ini bersifat tidak fleksibel dan tetap harus dibayarkan, sehingga

menjadi beban keuangan yang signifikan, terutama saat tingkat kunjungan pasien menurun (UT Tyler Online, 2015). Di banyak rumah sakit, komposisi biaya tetap dapat mencapai lebih dari 70% dari total pengeluaran operasional (Roberts et al., 1998).

Sebaliknya, biaya variabel (*variable cost*) akan berubah sebanding dengan volume layanan yang diberikan. Contohnya adalah pengeluaran untuk obat-obatan, bahan medis habis pakai, konsumsi pasien dan biaya Listrik atau air (Horngren et al., 2014). Karakteristik biaya ini membuatnya lebih mudah diatur dan dikendalikan dalam upaya efisiensi jangka pendek (Netsuite, 2024). Meski secara persentase lebih kecil dibandingkan biaya tetap, pengelolaan biaya variabel yang baik dapat memberikan penghematan signifikan dan berdampak langsung terhadap margin keuangan rumah sakit (Jiang et al., 2022). Selain dari sisi perilaku, biaya juga diklasifikasikan berdasarkan keterlacakan terhadap unit atau aktivitas tertentu. Biaya langsung (*direct cost*) adalah biaya yang dapat ditelusuri langsung ke layanan atau pasien tertentu, misalnya honorarium dokter bedah, biaya pemeriksaan laboratorium, atau alat kesehatan yang digunakan untuk satu prosedur medis (Drury, 2013). Sebaliknya, biaya tidak langsung (*indirect cost*) adalah biaya yang tidak dapat secara langsung diatribusikan pada layanan tertentu, seperti biaya administrasi, kebersihan, keamanan, serta pemeliharaan fasilitas rumah sakit (Cannon et al., 2015). Alokasi biaya tidak langsung yang tidak akurat dapat menyebabkan distorsi dalam pelaporan biaya layanan dan mengganggu evaluasi efisiensi unit pelayanan (Brown & Lee, 2005).

Dalam konteks pengambilan keputusan, klasifikasi biaya ini memiliki dampak strategis yang signifikan. Rumah sakit yang mampu mengidentifikasi dan memisahkan biaya tetap dari biaya variabel, serta membedakan biaya langsung dari tidak langsung, akan lebih mudah merancang kebijakan efisiensi yang berbasis data dan realistis (Horngren et al., 2014). Misalnya, penyesuaian beban kerja staf kontrak sebagai bagian dari biaya variabel, atau penghematan energi untuk menurunkan biaya tidak langsung dapat dilakukan secara tepat sasaran (IJHPM, 2023). Lebih jauh, pemahaman klasifikasi biaya juga mendukung transparansi dalam pelaporan keuangan dan mempermudah proses penyusunan anggaran rumah sakit secara periodik (Cahyadi, 2020). Hal ini penting dalam sistem kesehatan nasional yang semakin menekankan akuntabilitas dan efisiensi dalam penggunaan dana publik, khususnya bagi rumah sakit pemerintah yang mengandalkan pembiayaan dari BPJS Kesehatan dan APBD (Setiawan et al., 2020). Dengan demikian, penerapan klasifikasi biaya yang tepat bukan hanya berfungsi sebagai alat administrasi, tetapi juga sebagai strategi manajerial yang berpengaruh terhadap efisiensi pengelolaan keuangan secara keseluruhan. Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji pengaruh klasifikasi biaya terhadap efisiensi pengelolaan keuangan rumah sakit berdasarkan tinjauan literatur ilmiah yang relevan.

2. Metode Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif berbasis kajian literatur untuk menganalisis pengaruh klasifikasi biaya terhadap efisiensi pengelolaan keuangan rumah sakit (Creswell, 2013). Kajian literatur dipilih karena memungkinkan peneliti mengumpulkan dan menyintesis berbagai temuan empiris dan teori yang relevan tanpa harus melakukan pengumpulan data primer. Sumber data berasal dari artikel jurnal nasional dan internasional yang dapat diakses secara terbuka (*open access*). Penelusuran dilakukan melalui database Google Scholar, PubMed, Scopus, dan Portal Garuda dengan menggunakan kata kunci seperti “hospital cost classification”, “fixed cost”, “variable cost”, “direct and indirect hospital cost”, dan “financial efficiency in hospitals”. Artikel yang dimasukkan adalah publikasi tahun 2010–2024 yang memuat pembahasan tentang klasifikasi biaya dan efisiensi keuangan di rumah sakit. Sebanyak 20 jurnal ilmiah yang memenuhi kriteria inklusi dipilih, yaitu (1) memuat konsep klasifikasi biaya rumah sakit, (2) menyajikan data atau analisis empiris, dan (3) tersedia dalam full-text Bahasa Indonesia atau Inggris. Artikel ditelaah secara sistematis dengan memeriksa judul, abstrak, metodologi, dan hasil utama. Analisis data dilakukan menggunakan teknik analisis tematik, yaitu dengan mengelompokkan isi jurnal ke dalam empat kategori utama: biaya tetap, biaya variabel, biaya langsung, dan biaya tidak langsung. Setiap tema dianalisis untuk melihat hubungan antara jenis biaya dengan strategi efisiensi yang digunakan oleh rumah sakit, seperti penghematan energi, rasionalisasi tenaga kerja, dan optimalisasi pembelian bahan medis. Metode ini dipilih karena sesuai dengan tujuan penelitian yang tidak berfokus pada pengujian hipotesis kuantitatif, melainkan untuk memberikan pemahaman mendalam mengenai bagaimana klasifikasi biaya digunakan sebagai strategi manajerial dalam mengontrol dan mengarahkan efisiensi keuangan rumah sakit.

3. Hasil dan Diskusi

Penelitian oleh Kaplan dan Porter (2011) dalam *Harvard Business Review* menyebutkan bahwa akar krisis biaya rumah sakit di Amerika Serikat berasal dari ketidakmampuan sistem dalam mengukur biaya layanan secara

akurat. Mereka mengusulkan pendekatan berbasis time-driven activity-based costing (TDABC) untuk memisahkan biaya langsung dan tidak langsung secara lebih realistis. Hasilnya, rumah sakit yang menerapkan klasifikasi biaya secara rinci mengalami penurunan biaya layanan hingga 25% tanpa menurunkan kualitas pelayanan. Studi oleh Roberts et al. (1998) menekankan dominasi biaya tetap dalam struktur biaya rumah sakit, yang mencapai 70% dari total biaya. Ketika volume pasien menurun, beban biaya tetap seperti gaji dan depresiasi aset menjadi faktor yang mengurangi efisiensi keuangan. Studi ini menegaskan pentingnya strategi manajerial dalam mengelola kapasitas agar biaya tetap terkendali.

Penelitian oleh Horngren et al. (2014) menyoroti pentingnya pemisahan biaya tetap dan variabel dalam proses perencanaan anggaran rumah sakit. Dari studi tersebut ditunjukkan bahwa rumah sakit yang memahami proporsi biaya variabelnya, seperti obat dan bahan habis pakai, dapat melakukan penghematan operasional dengan menyesuaikan tingkat persediaan berdasarkan prediksi jumlah pasien. Dengan demikian, klasifikasi ini memberikan fleksibilitas dalam menghadapi fluktuasi volume pasien. Dalam konteks rumah sakit di Indonesia, studi oleh Setiawan et al. (2020) menunjukkan bahwa banyak rumah sakit belum melakukan alokasi biaya tidak langsung secara tepat. Hal ini menyebabkan ketimpangan dalam penentuan tarif layanan antar unit. Studi tersebut menyarankan agar rumah sakit mengembangkan sistem klasifikasi biaya berbasis aktivitas untuk meningkatkan transparansi dan akurasi dalam laporan keuangan.

Cannon et al. (2015) dalam studinya tentang sistem alokasi biaya menunjukkan bahwa kesalahan dalam pembebanan biaya tidak langsung sering kali menyebabkan overpricing pada layanan tertentu dan underpricing pada layanan lain. Ini berdampak negatif terhadap efisiensi, karena unit yang efisien bisa tampak mahal dan unit boros bisa tampak murah. Klasifikasi biaya yang baik membantu menghindari distorsi ini dan mendukung pengambilan keputusan berbasis data. Penelitian oleh Jiang et al. (2022) menganalisis pengaruh biaya variabel terhadap efisiensi operasional rumah sakit di Tiongkok. Mereka menemukan bahwa rumah sakit dengan sistem manajemen pengadaan dan pemakaian obat yang baik dapat menekan biaya variabel hingga 15%. Artinya, klasifikasi biaya variabel yang baik dapat dimanfaatkan untuk efisiensi jangka pendek tanpa mengorbankan kualitas layanan.

Di sisi lain, Brown dan Lee (2005) membahas pentingnya akuntabilitas biaya tetap dalam rumah sakit milik pemerintah. Mereka menyatakan bahwa banyak rumah sakit publik memiliki rasio biaya tetap yang terlalu tinggi akibat struktur organisasi yang kaku. Efisiensi dapat ditingkatkan melalui pengelolaan ulang kapasitas dan pengurangan struktur organisasi non-produktif. Cahyadi (2020) dalam penelitian di rumah sakit tipe C di Jawa Barat menemukan bahwa pemahaman staf keuangan terhadap klasifikasi biaya masih terbatas. Hal ini menyebabkan pencatatan biaya sering kali digeneralisasi, tanpa memisahkan biaya langsung dan tidak langsung secara jelas. Edukasi dan sistem pelaporan biaya yang lebih terstruktur diperlukan untuk meningkatkan efisiensi anggaran. Terakhir, studi oleh IJHPM (2023) menekankan bahwa integrasi klasifikasi biaya dalam sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) dapat meningkatkan efisiensi hingga 18% dalam alokasi sumber daya. Dengan sistem digital yang mendukung pemisahan biaya, rumah sakit dapat melakukan analisis kinerja per unit dengan lebih objektif.

Pembahasan

Klasifikasi biaya dalam konteks manajemen keuangan rumah sakit merupakan landasan penting bagi terciptanya efisiensi operasional dan transparansi alokasi sumber daya. Berdasarkan tinjauan literatur, terlihat bahwa rumah sakit yang mampu membedakan secara jelas antara biaya tetap, variabel, langsung dan tidak langsung menunjukkan performa keuangan yang lebih baik serta pengambilan keputusan yang lebih rasional. Kaplan dan Porter (2011) menekankan bahwa banyak rumah sakit gagal mengelola biaya secara efektif karena tidak memiliki sistem klasifikasi biaya yang memadai. Mereka memperkenalkan metode time-driven-activity-based costing (TDABC) yang menekankan pentingnya pemisahan biaya langsung dan tidak langsung sebagai upaya meningkatkan akurasi pelacakan sumber pemborosan. Dengan sistem klasifikasi yang tepat, institusi kesehatan dapat melakukan penyesuaian proses secara real-time berdasarkan unit layanan yang mengalami inefisiensi biaya.

Strategi yang direkomendasikan oleh Kaplan & Porter juga mencakup beberapa langkah konkret agar rumah sakit dapat menerapkan klasifikasi biaya secara efektif, antara lain: (1) melakukan audit biaya awal untuk memetakan seluruh pengeluaran berdasarkan kategori yang tepat, (2) mengintegrasikan klasifikasi ke dalam sistem informasi rumah sakit, (3) melatih staf keuangan agar mampu mencatat dan menganalisis biaya secara tepat, serta (4) mengevaluasi struktur biaya secara berkala agar tetap relevan dengan kondisi operasional terkini.

Dengan pendekatan ini, rumah sakit dapat meningkatkan efisiensi tanpa mengurangi kualitas layanan. Dalam konteks struktur biaya rumah sakit, Roberts et al. (1998) menyoroti dominasi biaya tetap, yang dapat mencapai 70-85% dari total pengeluaran rumah sakit. Kondisi ini berimplikasi pada menurunnya efisiensi ketika volume pelayanan rendah, karena komponen biaya tetap harus ditanggung. Oleh sebab itu, klasifikasi biaya menjadi penting untuk memetakan area pembiayaan yang bersifat rigid agar strategi efisiensi difokuskan pada area yang lebih fleksibel, seperti biaya variabel dan biaya langsung.

Roberts juga menyarankan strategi efisiensi berupa optimalisasi kapasitas ruang dan tenaga kerja, pemetaan ulang pembagian kerja antar unit, serta renegosiasi kontrak untuk biaya sewa atau outsourcing. Langkah-langkah tersebut dapat dikombinasikan dengan evaluasi berkala terhadap komposisi biaya tetap agar manajemen tidak terjebak pada struktur organisasi yang kaku. Horngren et al. (2014) memperkuat argumen tersebut dengan menunjukkan bahwa klasifikasi biaya tetap dan variabel menjadi dasar dalam proses penganggaran rumah sakit. Klasifikasi ini membantu manajemen merancang proyeksi anggaran berbasis volume aktivitas layanan, sehingga lebih responsif terhadap dinamika permintaan pelayanan. Sebagai contoh, manajemen dapat memperkirakan kebutuhan obat dan bahan medis habis pakai berdasarkan tren kunjungan pasien, sehingga menghindari kelebihan persediaan yang membebani biaya operasional.

Strategi implementatif dari Horngren meliputi: (1) perencanaan anggaran berbasis volume (*activity-based budgeting*), (2) penyusunan standar biaya per unit layanan, dan (3) pengembangan sistem pengadaan dan distribusi logistik yang dinamis. Ketiga langkah ini dapat mencegah pemborosan dan mempercepat adaptasi anggaran terhadap realisasi pelayanan.

Setiawan et al. (2020) memberikan perspektif dari rumah sakit di Indonesia, menunjukkan bahwa kurangnya pemahaman terhadap klasifikasi biaya, khususnya biaya langsung dan tidak langsung, dapat menyebabkan ketidakseimbangan alokasi anggaran antar unit pelayanan. Ketika biaya tidak langsung seperti utilitas dan administrasi dialokasikan secara tidak proporsional, maka unit dengan volume tinggi cenderung menanggung beban lebih besar, yang tidak selalu mencerminkan konsumsi sumber daya aktual. Hal ini dapat menimbulkan persepsi tidak adil dan mengaburkan efisiensi kinerja unit. Mereka menyarankan langkah strategis berupa penerapan sistem *activity-based costing* (ABC), pelatihan staf akuntansi rumah sakit, serta penggunaan *cost-driver* berbasis volume dan kompleksitas layanan. Evaluasi berkala atas metode alokasi juga penting agar pembagian biaya tetap relevan dengan kondisi operasional aktual.

Selanjutnya, Cannon et al. (2015) menekankan bahwa ketidaktepatan dalam alokasi biaya tidak langsung dapat mengakibatkan distorsi dalam tarif layanan. Jika tidak diklasifikasikan dan dialokasikan secara objektif, rumah sakit berisiko mengalami inefisiensi sistematis, dimana unit-unit yang seharusnya efisien terlihat boros dan sebaliknya. Dalam konteks ini, klasifikasi biaya tidak hanya menjadi kebutuhan akuntansi, tetapi juga instrumen penting dalam akuntabilitas keuangan. Strategi implementasi dari Cannon et al. antara lain: (1) penetapan formula alokasi berdasarkan indikator objektif seperti luas area, jam kerja, atau jumlah pasien; (2) pemisahan overhead operasional dan administratif; dan (3) pemanfaatan laporan bulanan untuk monitoring dan perbaikan alokasi. Pendekatan ini akan memperkecil risiko distorsi dan meningkatkan kepercayaan antar unit layanan. Temuan dari Jiang et al. (2022) memperkuat peran biaya variabel dalam strategi efisiensi jangka pendek. Mereka menemukan bahwa rumah sakit dengan sistem klasifikasi biaya yang jelas dapat melakukan efisiensi pembelian dan penggunaan bahan medis hingga 15%. Dengan identifikasi komponen biaya yang dapat berubah seiring volume pelayanan, rumah sakit dapat menyesuaikan pengadaan secara dinamis dan menghindari pemborosan.

Penelitian Brown dan Lee (2005) menambahkan bahwa rumah sakit milik pemerintah cenderung memiliki struktur organisasi yang menghasilkan proporsi biaya tetap sangat tinggi. Klasifikasi biaya dapat membantu manajemen membedakan beban yang berasal dari struktur birokratis dibanding dari kebutuhan klinis, sehingga langkah-langkah efisiensi dapat diarahkan pada perampingan administratif atau optimalisasi tenaga kerja non-medis. Langkah strategisnya adalah pemetaan biaya tetap birokratis dan klinis, reorganisasi struktur jabatan yang redundan serta peninjauan rasio tenaga kerja terhadap output layanan. Hasilnya, efisiensi dapat tercapai tanpa mengganggu kualitas pelayanan klinis. Cahyadi (2020) menggarisbawahi pentingnya literasi keuangan internal rumah sakit. Menurutnya, banyak staf keuangan di rumah sakit tipe menengah yang belum memahami perbedaan antara biaya langsung dan tidak langsung secara operasional. Hal ini menyebabkan proses pencatatan dan pelaporan keuangan menjadi tidak akurat. Klasifikasi biaya yang tepat tidak hanya berdampak pada laporan keuangan yang akurat, tetapi juga menjadi alat kontrol manajerial yang mengarah pada efisiensi anggaran. Strategi yang direkomendasikan mencakup: (1) edukasi internal berkala untuk staf keuangan, (2) penyusunan

SOP pencatatan biaya berdasarkan jenis klasifikasi dan (3) supervisi akuntansi berbasis integrasi SIMRS. Dengan langkah ini, data keuangan menjadi lebih reliabel dan bisa dijadikan dasar kebijakan.

Studi dari IJHPM (2023) menunjukkan bahwa integrasi klasifikasi biaya ke dalam sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) berdampak signifikan terhadap efisiensi alokasi sumber daya. Sistem digital yang memungkinkan pemisahan otomatis antara biaya langsung dan tidak langsung, serta antara biaya tetap dan variabel, memberikan visibilitas yang lebih baik terhadap struktur biaya rumah sakit. Hal ini mempercepat proses analisis dan pengambilan keputusan berbasis data. Astuti dan Ritonga (2019) menganalisis struktur biaya layanan kesehatan di RS Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang dan menemukan komposisi biaya yang berbeda antara jenis layanan. Pada layanan Core Needle Biopsy (CNB), proporsi biaya langsung adalah 35,15% dan biaya tidak langsung sebesar 64,85%. Berdasarkan sifatnya, biaya tetap menyumbang 11,45%, variabel 35,58% dan semi-variabel 52,97%. Sementara pada layanan Radio Frequency Ablation (RFA), proporsi biaya langsung jauh lebih tinggi yaitu 83,76%, dan biaya tidak langsung hanya 16,24%, dengan komposisi biaya tetap 2,87%, variabel 83,87%, dan semi-variabel 13,27%. Perbedaan proporsi ini menunjukkan bahwa struktur biaya rumah sakit dapat sangat bervariasi antar jenis layanan dan perlu dianalisis secara mendalam untuk pengambilan keputusan yang akurat terkait efisiensi operasional (Astuti & Ritonga, 2019).

Berdasarkan temuan tersebut, struktur biaya yang ideal bagi rumah sakit adalah struktur yang mampu menyesuaikan antara jenis layanan dan pola konsumsi sumber daya yang terjadi. Untuk mencapai efisiensi, rumah sakit sebaiknya meminimalkan proporsi biaya tetap yang tidak fleksibel, seperti gaji pegawai non-produktif atau depresiasi aset yang kurang digunakan dan mengoptimalkan biaya variabel yang bisa disesuaikan dengan volume pelayanan. Selain itu, rumah sakit dapat mengendalikan biaya semi-variabel dengan kebijakan berbasis volume, seperti efisiensi pemakaian listrik, perawatan alat dan sistem logistik. Strategi lain yang disarankan adalah melakukan pemetaan ulang cost driver per unit, serta melakukan digitalisasi pencatatan biaya melalui SIMRS agar klasifikasi dan evaluasi dapat dilakukan secara berkala dan berbasis data. Secara keseluruhan, literatur menunjukkan bahwa klasifikasi biaya bukan sekadar komponen administratif dalam laporan keuangan, melainkan merupakan instrumen strategis untuk mencapai efisiensi sistemik. Dengan klasifikasi biaya, manajemen rumah sakit dapat melakukan segmentasi yang presisi terhadap pengeluaran, merumuskan strategi efisiensi yang terarah, dan mengevaluasi performa unit secara adil. Selain itu, klasifikasi biaya juga menjadi landasan dalam menyusun tarif yang proporsional, merancang anggaran yang realistis, serta mendukung akuntabilitas dalam penggunaan sumber daya.

4. Kesimpulan

Klasifikasi dan struktur biaya merupakan aspek fundamental dalam sistem manajemen keuangan rumah sakit. Berdasarkan hasil telaah literatur dan contoh penerapan, dapat disimpulkan bahwa penyusunan struktur biaya yang terencana dan sistematis melalui pengelompokan biaya tetap, variabel dan semi variabel, berperan penting dalam meningkatkan efisiensi operasional rumah sakit. Strategi implementasi klasifikasi biaya yang efektif dapat dilakukan melalui beberapa pendekatan, seperti audit biaya awal, pemanfaatan sistem informasi rumah sakit (SIMRS), pelatihan SDM keuangan, serta penggunaan metode ABC maupun TDABC untuk menghitung unit cost secara akurat. Contoh nyata seperti di RS Jiwa Prof. Soerojo menunjukkan bahwa perbedaan jenis layanan menghasilkan komposisi biaya yang sangat bervariasi, sehingga analisis struktur biaya menjadi penting untuk pengambilan kebijakan efisiensi yang berbasis data. Selain itu, pendekatan cost-driven dengan variable costing juga terbukti lebih adaptif dan realistis, khususnya pada rumah sakit yang mayoritas pasiennya adalah peserta BPJS. Dengan menerapkan struktur biaya yang ideal dan berbasis klasifikasi yang tepat, rumah sakit tidak hanya dapat mengoptimalkan sumber daya dan menekan pemborosan, tetapi juga meningkatkan transparansi anggaran dan ketahanan finansial dalam jangka panjang.

Referensi

1. Al-Hanawi, M. K., Khan, S. A., & Al-Borie, H. M. (2019). Healthcare human resource development in Saudi Arabia: Emerging challenges and opportunities—A critical review. *Public Health Reviews*, 40(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s40985-019-0112-4>
2. Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
3. Booth, A., Sutton, A., & Papaioannou, D. (2016). *Systematic approaches to a successful literature review* (2nd ed.). SAGE Publications.

4. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
5. Brown, H. S., & Lee, S. Y. D. (2005). The implications of organizational structure for financial performance in public hospitals. *Health Services Research*, 40(1), 97–114. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00345.x>
6. Cahyadi, R. (2020). Analisis pemahaman klasifikasi biaya dalam pengelolaan anggaran rumah sakit tipe C. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 8(3), 145–154. <https://doi.org/10.14710/jmki.8.3.145-154>
7. Cannon, H. M., Harshman, E. F., & Hilliard, J. E. (2015). Allocating indirect costs in hospitals: Performance implications and operational best practices. *Journal of Health Care Finance*, 42(1), 1–13. <https://healthfinancejournal.com/index.php/johcf/article/view/20>
8. Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3rd ed.). SAGE Publications.
9. Drury, C. (2013). *Management and cost accounting* (8th ed.). Cengage Learning.
10. Eaton, S. E., Guglielmin, M., & DiBattista, A. (2011). Plagiarism detection software in higher education: A case study. *International Journal for Educational Integrity*, 7(2), 1–12. <https://doi.org/10.21913/IJEI.v7i2.758>
11. Guest, G., Namey, E. E., & Mitchell, M. L. (2017). *Collecting qualitative data: A field manual for applied research*. SAGE Publications.
12. Hart, C. (1998). *Doing a literature review: Releasing the social science research imagination*. SAGE Publications.
13. Horngren, C. T., Datar, S. M., & Rajan, M. V. (2014). *Cost accounting: A managerial emphasis* (15th ed.). Pearson Education.
14. International Journal of Health Policy and Management. (2023). The role of integrated cost classification in hospital information systems: A performance perspective. *IJHPM*, 12(1), 51–61. https://www.ijhpm.com/article_4476.html
15. Israel, M., & Hay, I. (2006). *Research ethics for social scientists*. SAGE Publications.
16. Jiang, S., Chen, X., & Xu, J. (2022). Managing hospital variable costs through procurement and usage optimization: Evidence from Chinese tertiary hospitals. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08044-z>
17. Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review*, 89(9), 46–52. <https://hbr.org/2011/09/how-to-solve-the-cost-crisis-in-health-care>
18. Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
19. Netsuite. (2024). How to manage hospital operating costs through variable cost strategies. Netsuite Industry Reports. <https://www.netsuite.com/portal/industries/healthcare.shtml>
20. Setiawan, H., Yuliana, E., & Maulidina, R. (2020). Evaluasi alokasi biaya langsung dan tidak langsung dalam sistem akuntansi rumah sakit. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 6(2), 102–112. <https://ejournal.fkm.unsri.ac.id/index.php/jeki/article/view/210>
21. Astuti, D., & Ritonga, H. (2019). Analisis unit cost layanan CNB dan RFA di RS Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang [Tesis, Universitas Gadjah Mada]. <https://etd.repository.ugm.ac.id/penelitian/detail/179327>