

## BAB II

### DASAR TEORI

#### 2.1. Biaya

##### 2.1.1. Pengertian Biaya

Definisi biaya menurut Mulyadi (2005) dalam bukunya yang berjudul *Akuntansi Biaya*, biaya adalah pengorbanan sumber ekonomis yang diukur dalam satuan uang, yang telah terjadi atau kemungkinan akan terjadi untuk mencapai tujuan tertentu. Sedangkan definisi biaya yang lain menurut Munawir (2002) dalam bukunya yang berjudul *Akuntansi Keuangan dan Manajemen*, yang dimaksud dengan biaya adalah nilai kas atau setara kas yang dikorbankan untuk memperoleh barang dan jasa yang diperkirakan akan memberi manfaat saat kini atau masa depan pada organisasi atau pengorbanan yang terjadi dalam rangka untuk memperoleh barang atau jasa yang bermanfaat. Hansen dan Mowen (2005), dalam bukunya yang berjudul *Managerial Accounting*, mendefinisikan biaya adalah kas atau nilai ekuivalen kas yang dikorbankan untuk mendapatkan barang ataupun jasa yang diharapkan memberi manfaat saat ini atau dimasa depan.

Pada ketiga definisi tersebut maka dapat ditarik kesimpulan bahwa konsep biaya adalah pengorbanan sumber ekonomis yang diukur dengan satuan uang yang berwujud kas atau setara kas untuk memperoleh barang ataupun jasa yang

dapat memberikan manfaat jangka pendek maupun jangka panjang bagi pengguna biaya tersebut. Pengguna biaya dapat berasal dari dalam perusahaan atau disebut pihak internal seperti pihak manajer, staf keuangan, dan juga berasal dari pihak luar perusahaan atau biasa disebut dengan pihak eksternal seperti pemerintah dan investor.

### **2.1.2. Klasifikasi Biaya**

Dalam akuntansi dikenal istilah *different cost for different purposes* yang berarti biaya yang berbeda digunakan untuk kepentingan yang berbeda juga, sehingga pengklasifikasian biaya memiliki dasar yang berbeda-beda. Dikarenakan dasar yang berbeda-beda itu maka pengklasifikasian biaya juga harus disesuaikan pada tujuan atau kepentingan yang akan dicapai oleh pengguna informasi dengan harapan tujuan yang telah dicapai dapat memberikan informasi yang bermanfaat untuk pengambilan keputusan bagi pihak manajemen dalam pengelolaan perusahaan.

Didalam buku yang berjudul *Managerial Accounting* yang ditulis oleh Hansen dan Mowen (2007), biaya diklasifikasikan menjadi dua klasifikasi, yaitu berdasarkan pada perubahan jumlah produk dan berdasarkan fungsinya dalam proses produksi. Kedua klasifikasi ini bertujuan agar informasi dari biaya-biaya tersebut digunakan dengan benar dan tepat. Penjabaran dari dua klasifikasi tersebut adalah sebagai berikut :

1. Berdasarkan pada perubahan jumlah produk (*Output*)
  - a. Biaya Tetap (*fixed Cost*)

Biaya tetap biaya yang secara relative tidak dipengaruhi oleh jumlah produksi (*output*) yang dihasilkan, Misalnya: Gaji pegawai, biaya gedung.

b. Biaya Variabel (*Variabel Cost*)

Biaya variabel adalah biaya yang nilainya dipengaruhi oleh banyaknya output (produksi). Pada umumnya besar volume produksi sudah direncanakan secara rutin. Oleh sebab itu biaya variabel sering juga disebut sebagai biaya rutin. Contohnya adalah biaya obat, biaya alat, biaya bahan habis pakai dimana besarnya akan berbeda jika pasien sedikit dibandingkan pasien yang banyak.

c. Biaya Semi Variabel (*Semi Variable Cost*)

Biaya semi variabel adalah biaya yang mengandung biaya tetap, tetapi juga mengandung biaya tidak tetap. Contohnya adalah biaya insentif penerimaan selain gaji yang besar kecilnya tergantung pada banyak sedikitnya jumlah pelayanan yang diberikan.

d. Biaya Total (*Total Cost*)

Biaya total adalah jumlah dari biaya tetap (*fixed cost*) dan variabel (*variable cost*) atau ( $Total Cost = Fixed Cost + Variable Cost$ ).

## 2. Berdasarkan Fungsinya dalam Proses Produksi

### a. Biaya Langsung

Biaya langsung adalah biaya yang berkaitan langsung dengan pelayanan atau biaya yang ditetapkan pada unit-unit yang berkaitan dengan pelayanan (unit produksi). Contoh biaya langsung pada pelayanan kesehatan adalah biaya yang dikeluarkan pada pelayanan rawat jalan, rawat inap, ICU.

### b. Biaya Tidak Langsung

Biaya tidak langsung adalah biaya yang digunakan secara tidak langsung demi kelancaran proses produksi (pelayanan). Contoh dari biaya tidak langsung antara lain adalah biaya alat tulis, administrasi, transportasi.

### 2.1.3. Pusat Biaya

Menurut Supriyono (2001) didalam bukunya yang berjudul *Akuntansi Manajemen*, didefinisikan bahwa pusat biaya adalah suatu pusat pertanggung jawaban atas suatu unit organisasi dalam suatu organisasi yang prestasi manajernya dinilai atas dasar biaya dalam pusat pertanggung jawaban yang dipimpinnya. Pusat biaya dibagi dalam 2 (dua) bagian:

#### 1) Pusat Biaya Penunjang

Pusat biaya penunjang merupakan unit-unit yang tidak langsung menghasilkan produk rumah sakit, seperti: unit pimpinan (direksi), tata usaha, unit pemeliharaan, laundry, unit gizi dan lain sebagainya.

## 2) Pusat Biaya Produksi

Pusat biaya produksi merupakan unit dimana produk (pelayanan) rumah sakit langsung diterima oleh konsumen (pasien) sehingga hasilnya merupakan pendapatan rumah sakit, seperti laboratorium, radiologi, poliklinik rawat jalan, unit gawat darurat, unit rawat inap, unit pelayanan persalinan, dan sebagainya.

Definisi lainnya juga diungkapkan oleh Kinney dan Riborn (2011) dalam buku yang berjudul *Akuntansi Biaya Dasar dan Perkembangan* bahwa pusat biaya adalah unit organisasi di mana manajer hanya memiliki wewenang untuk mengadakan biaya dan secara khusus dievaluasi berdasarkan seberapa baik biaya tersebut terkendali, dan pusat biaya itu sendiri biasanya mencakup departemen layanan dan administratif atau pendukung.

Dari dua definisi yang sudah dipaparkan diatas, tidak ada perbedaan yang signifikan mengenai konsep pusat biaya. Pada intinya, konsep dari pusat biaya adalah pertanggung jawaban manajer terhadap pengendalian biaya atas suatu unit organisasi dimana keberhasilan manajer diukur berdasarkan seberapa baik ia mampu mengendalikan biayanya.

## 2.2. Biaya Satuan (*Unit Cost*)

Menurut Hansen&Mowen (2005) *unit cost* didefinisikan sebagai hasil pembagian antara total cost yang dibutuhkan dengan jumlah unit produk yang dihasilkan. Produk yang dimaksud dapat berupa barang ataupun jasa. Pengertian lain dari biaya satuan (*unit cost*) merupakan biaya yang dikeluarkan untuk menghasilkan satu unit produk atau pelayanan, yang biasanya didasarkan pada rata-rata. Besarnya *unit cost* tergantung dari besarnya biaya yang dikorbankan untuk menghasilkan sebuah pelayanan yang diterima oleh pasien, karena itu biaya per unit harus dihitung lebih teliti agar bisa digunakan sebagai dasar perbandingan dari berbagai volume kegiatan/pelayanan untuk kepentingan penentuan tarif per unit produk atau pelayanan. Mengenai tinggi rendahnya biaya satuan suatu produk tidak hanya dipengaruhi oleh besarnya biaya modal tetapi juga dipengaruhi oleh banyaknya produk yang dihasilkan (Mulyadi, 2007).

Secara sederhana *unit cost* dapat diartikan sebagai biaya per unit produk atau biaya per pelayanan. *Unit cost* dapat dihitung dengan cara membagi Total Cost dengan Jumlah unit produk. *Unit Cost* rumah sakit adalah biaya satuan dari produk/ pelayanan yang ada rumah sakit, dalam terminologi keuangan secara umum *unit cost* juga bisa disebut sebagai harga pokok produk.

Secara umum *unit cost* rumah sakit didapat dari perhitungan sebagai berikut :

$$\text{Unit Cost} = \frac{\text{Biaya Langsung} + \text{Biaya Tidak Langsung}}{\text{Volume Tindakan atau Pemeriksaan}}$$

### 2.2.1. Penelusuran Biaya Rumah Sakit

Penelusuran biaya adalah salah satu faktor penentu keberhasilan dalam pengukuran biaya. Semakin baik kemampuan untuk menelusuri suatu biaya maka akan menentukan seberapa objektif dan akurat ukuran biaya yang dihasilkan. Akurat yang dimaksud dalam hal ini adalah harus dilakukan secara wajar dan logis terhadap penggunaan metode pembebanan biaya. Hasil dari pengukuran biaya tersebut kemudian digunakan oleh pihak pengambil keputusan sebagai dasar untuk membuat prediksi dan keputusan bagi perusahaan yang dijalankan.

Proses penelusuran dan penentuan biaya yang ada dalam bidang ilmu akuntansi memiliki istilah yang berbeda dengan bidang ilmu kesehatan. Dalam bidang ilmu kesehatan, proses tersebut lebih dikenal dengan analisis biaya. Analisis biaya rumah sakit pada intinya merupakan suatu kegiatan menghitung biaya Rumah Sakit untuk berbagai jenis pelayanan yang ditawarkan, baik secara total maupun per unit atau per pasien dengan cara menghitung seluruh biaya pada seluruh unit dan mendistribusikannya ke unit-unit produksi yang kemudian dibayar oleh pasien.

Sama halnya dengan penelusuran dan penentuan biaya di bidang ilmu akuntansi, analisis biaya yang dilakukan pada Rumah Sakit juga memiliki berbagai tujuan. Adapun tujuan analisis biaya yang dilakukan Rumah Sakit menurut Ade Fatma Lubis (2009) dalam bukunya yang berjudul *Ekonomi Kesehatan* antara lain adalah untuk mendapatkan gambaran mengenai unit atau

bagian yang merupakan pusat biaya serta pendapatan serta melihat gambaran biaya pada unit tersebut yang meliputi biaya tetap dan biaya variabel yang pada akhirnya akan menggambarkan pendapatan rumah sakit. Dengan melakukan analisis biaya ini, maka akan diperoleh :

- 1) Informasi untuk kebijakan tarif.
- 2) Dasar pertimbangan dalam negosiasi dengan pihak-pihak yang akan mengadakan kontrak dengan menggunakan jasa rumah sakit.
- 3) Informasi untuk kebijaksanaan pengendalian biaya
- 4) Pertanggungjawaban tentang efektifitas biaya kepada pihak yang berkepentingan.
- 5) Dasar untuk perencanaan anggaran yang akan datang.

### **2.2.2. Metode Penelusuran Biaya**

Menurut Gani (1993) ada lima metode dalam analisis biaya :

1. Simple Distribution

Sesuai dengan namanya, teknik ini sangat sederhana, yaitu melakukan distribusi biaya-biaya yang dikeluarkan di pusat biaya penunjang, langsung ke berbagai pusat biaya produksi. Distribusi ini dilakukan satu persatu dari masing-masing pusat biaya penunjang. Tujuan distribusi dari suatu unit penunjang tertentu adalah unit-unit produksi yang relevan, yaitu yang secara fungsional diketahui mendapat dukungan dari



unit-unit penunjang tertentu tersebut. Kelebihan dari cara ini adalah kesederhanaannya sehingga mudah dilakukan. Namun kelemahannya adalah asumsi dukungan fungsional hanya terjadi antara unit penunjang dan unit produksi. Padahal dalam praktek kita ketahui bahwa antara sesama unit penunjang bisa terjadi transfer jasa, misalnya direksi mengawasi unit dapur, unit dapur memberi makan kepada direksi dan staf tata usaha dan lain sebagainya.

## 2. Step Down Method

Untuk mengatasi kelemahan Simple Distribution tersebut, dikembangkan distribusi anak tangga (*step down method*). Dalam metode ini dilakukan distribusi biaya unit penunjang lain dan unit produksi. Caranya, distribusi biaya dilakukan secara berturut-turut, dimulai dengan unit penunjang yang biasanya terbesar. Biaya unit penunjang tersebut didistribusikan ke unit-unit lain (penunjang dan produksi yang relevan). Setelah selesai, dilanjutkan dengan distribusi biaya dari unit penunjang lain yang biasanya nomor dua terbesar. Proses tersebut dilakukan sampai semua biaya dari unit penunjang habis didistribusikan ke unit produksi. Perlu dicatat bahwa dalam metode ini, biaya yang didistribusikan dari unit penunjang kedua, ketiga, keempat dan seterusnya mengandung dua elemen biaya yaitu asli unit penunjang bersangkutan ditambah biaya yang diterima dari unit penunjang lain. Kelebihan metode ini sudah dilakukan distribusi dari unit penunjang ke unit penunjang lain. Namun distribusi ini sebetulnya belum sempurna, karena distribusi ini hanya terjadi satu

sepihak. Padahal dalam kenyataannya, bisa terjadi hubungan tersebut timbal balik. Misalnya, bagian umum melakukan pemeliharaan alat-alat dapur dan sebaliknya bagian dapur mensuplai makanan kepada staf bagian umum.

### 3. Double Distribution Method

Metode ini pada tahap pertama melakukan distribusi biaya yang dikeluarkan di unit penunjang ke unit penunjang lain dan unit produksi. Hasilnya, hasil sebagian unit penunjang sudah didistribusikan ke unit produksi, akan tetapi sebagian masih berada di unit penunjang, yaitu biaya yang diterima dari unit penunjang lain. Biaya yang masih berada di unit penunjang ini dalam tahap selanjutnya didistribusikan ke unit produksi, sehingga tidak ada lagi biaya tersisa di unit penunjang. Karena metode ini dilakukan dua kali distribusi biaya, maka metode tersebut dinamakan distribusi ganda (double distribution method). Metode ini dianggap cukup akurat dan relatif mudah dilaksanakan dan merupakan metode yang terpilih untuk analisis biaya Puskesmas maupun Rumah Sakit di Indonesia.

### 4. Multiple Distribution

Metode ini, distribusi biaya dilakukan secara lengkap, yaitu antara sesama unit penunjang ke unit produksi, dan antara sesama unit produksi. Tentunya distribusi antar unit tersebut dilakukan kalau memang ada hubungan fungsional keduanya. Jadi dapat dikatakan bahwa multiple

distribution pada dasarnya adalah double distribution plus alokasi antar sesama unit produksi.

## 5. Activity Based Costing Method

Metode ini merupakan metode terbaik dari berbagai metode analisis biaya yang ada, meskipun pelaksanaannya tidak semudah metode yang lain karena belum semua Rumah Sakit memiliki sistem akuntansi dan keuangan yang terkomputerisasi.

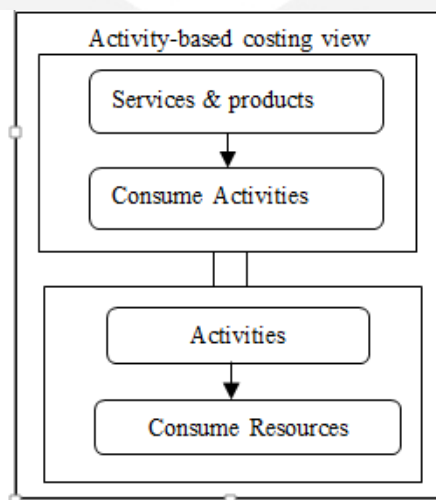
### 2.3. Pengertian *Activity Based Costing* (ABC)

Menurut Blocher (2000), *Activity Based Costing* (ABC) adalah pendekatan penentuan biaya produk yang membebankan biaya ke produk atau jasa berdasarkan konsumsi sumber daya yang disebabkan aktivitas. Dasar pemikiran pendekatan penentuan biaya ini adalah bahwa produk atau jasa perusahaan dilakukan oleh aktivitas dan aktivitas yang dibutuhkan tersebut menggunakan sumber daya yang menyebabkan timbulnya biaya. Sumber daya dibebankan ke aktivitas, kemudian aktivitas dibebankan ke obyek biaya berdasarkan penggunaannya. ABC memperkenalkan hubungan sebab akibat antara cost driver dengan aktivitas.

Menurut Mulyadi (2003), pengertian *Activity Based Costing* adalah sistem informasi biaya yang berorientasi pada penyediaan informasi lengkap tentang aktivitas untuk memungkinkan personil perusahaan melakukan pengelolaan terhadap aktivitas. Sistem informasi ini menggunakan aktivitas sebagai basis serta pengurangan biaya dan penentuan secara akurat kos produk/jasa sebagai tujuan.

Menurut Baker (1998), *Activity Based Costing* (ABC) memiliki dua elemen mayor, yaitu : Biaya dan aktivitas. ABC adalah metodologi yang mengukur biaya dan kinerja dari aktivitas, sumber daya dan cost objects. Konsep dasar ABC adalah aktivitas mengkonsumsi sumberdaya untuk memproduksi output. Saat ini sistem pelayanan kesehatan mencakup keanekaragaman pelayanan. Kompleksitas sistem pelayanan yang bervariasi dapat dengan mudah dikelola dengan ABC. Pandangan tradisional tentang akuntansi biaya adalah jasa atau produk mengkonsumsi sumberdaya. Pandangan ABC tentang akuntansi biaya adalah jasa atau produk mengkonsumsi aktivitas, lalu aktivitas mengkonsumsi sumberdaya.

**Gambar 2.2**  
***Metode Activity Based Costing System***



(Sumber: Baker, 1998)

### **2.3.1. Konsep Dasar System ABC**

Ada dua keyakinan dasar yang melandasi ABC system.

1. Biaya ada penyebabnya dan penyebab biaya adalah aktivitas. Dengan demikian pemahaman yang mendalam tentang aktivitas yang menyebabkan timbulnya biaya akan menempatkan personil perusahaan pada posisi dapat mempengaruhi biaya. ABC system berangkat dari keyakinan dasar bahwa sumber daya menyediakan kemampuan untuk melaksanakan aktivitas, bukan sekedar menyebabkan timbulnya biaya yang dialokasikan.
2. Penyebab terjadinya biaya (yaitu aktivitas) dapat dikelola. Melalui pengelolaan terhadap aktivitas yang menjadi penyebab terjadinya biaya, personil perusahaan dapat mempengaruhi biaya. Pengelolaan terhadap aktivitas memerlukan berbagai informasi tentang aktivitas.

### **2.3.2. Manfaat dan Keunggulan Activity Based Costing**

*Activity Based Costing* (ABC) diimplementasikan dalam sejumlah perusahaan, ABC dapat mengelola biaya-biaya dengan lebih baik. ABC menyediakan tidak hanya data biaya yang relatif akurat, tapi juga informasi mengenai asal biaya. Biaya-biaya dipertahankan melalui penghapusan aktivitas tidak bernilai tambah, pengembangan proses dan *outsourcing*. Dengan demikian, manajemen dapat mempertahankan bahkan meningkatkan mutu produk atau jasa dengan tetap berfokus pada pengurangan biaya. Menurut Hansen dan Mowen (2004: 232) manfaat dari *activity based costing* adalah sebagai berikut:

1. Menyajikan biaya produk lebih akurat dan informatif, yang mengarahkan pengukuran profitabilitas produk lebih akurat terhadap keputusan stratejik, tentang harga jual, lini produk, pasar, dan

pengeluaran modal.

2. Pengukuran yang lebih akurat tentang biaya yang dipicu oleh aktivitas, sehingga membantu manajemen meningkatkan nilai produk (*product value*) dan nilai proses (*process value*).
3. Memudahkan memberikan informasi tentang biaya relevan untuk pengambilan keputusan.

### **2.3.3. Tahapan Dalam Menerapkan Activity Based Costing**

Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan *Activity Based Costing System*. Adapun tahapan yang digunakan adalah sebagai berikut :

1. *Identifikasi aktivitas dan kelompok biaya*

Untuk mengimplementasikan ABC proses dibagi kedalam satu proses siklus kegiatan. Proses homogen harus dikelompokkan bersama dan dipisahkan dari aktivitas individu lain. kategorikan pengeluaran yang terkait dengan setiap aktivitas yang diidentifikasi. cost driver (juga disebut sebagai cost driver tahap pertama) harus diidentifikasi untuk setiap kategori pengeluaran.

2. *Aktivitas dan cost driver tahap pertama*

Setelah kegiatan utama ditetapkan, total biaya setiap aktivitas baru bisa dihitung. Pertama, biaya yang terkait dengan masing-masing aktivitas diidentifikasi. kategorikan pengeluaran yang terkait dengan setiap

aktivitas yang diidentifikasi. cost driver (juga disebut sebagai cost driver tahap pertama) harus diidentifikasi untuk setiap kategori pengeluaran.

### 3. *Cost driver tahap kedua*

Aktivitas melacak ke produk yang menggunakan cost driver, data yang dibutuhkan untuk driver tahap kedua mungkin tidak tersedia untuk mewakili proporsi cost pool yang sesuai dengan produk. Misalnya, jarak transportasi (mis., Jarak tempuh) bisa sulit dilacak ke produk individual. Dengan tidak adanya data ini, perkiraan jumlah biaya aktivitas yang dikonsumsi setiap produk diperlukan.

### 4. *Prosedur Mengumpulkan informasi*

Data yang dikumpulkan adalah proporsi yang dibutuhkan pada setiap tahapan. Setiap aktivitas dan produk akan mengkonsumsi sebagian dari kategori biaya tersebut. Sehingga dapat dihasilkan akurasi biaya. Ada tiga level tahapan yang digunakan :

- *Educated guess* : dalam kasus ini, dimana data riil tidak dapat diperoleh atau data upaya penagihan tidak dapat dibenarkan secara finansial. *Educated guess* dibuat agar dapat memperoleh proporsi yang akurat. Sehingga diperoleh data estimasi yang matang. Perkiraan ini harus dilakukan secara kolaboratif oleh manajemen, penyelenggara keuangan, dan pegawai operasional yang terkait dengan pusat biaya yang diminati.

- Systematic appraisal (AHP) : AHP merupakan alat yang untuk membuat informasi menjadi representative sehingga persentasi biaya yang terjadi dapat dialokasikan ke aktivitas yang tepat.
- Actual data collection : prosedur pengumpulan data harus dikembangkan, serta pengumpulan data harus tepat waktu untuk dianalisis secara statistik, dalam hal ini sampel akan digunakan untuk membuat proporsi.

## **2.4. Rumah Sakit**

### **2.4.1. Pengeritan Rumah sakit**

Berdasarkan Peraturan Perundang – undangan Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, pengertian Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Didalam undang-undang tersebut, rumah sakit juga dikategorikan berdasarkan kepemilikannya. Adapun pengkategorian Rumah Sakit berdasarkan kepemilikannya dibagi kedalam dua jenis kategori sebagai berikut, yaitu :

- 3) Rumah Sakit Publik, merupakan Rumah Sakit yang dikelola oleh pemerintah (termasuk pemerintah daerah) dan badan hukum lain yang bersifat nirlaba. Adapun Rumah sakit publik meliputi: Rumah



Sakit milik Departemen Kesehatan, Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah Propinsi, Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota, Rumah Sakit milik Tentara Nasional Indonesia (TNI), Rumah Sakit milik Kepolisian Republik Indonesia (Polri), Rumah Sakit milik Departemen di luar Departemen Kesehatan (termasuk milik Badan Usaha Milik Negara seperti Pertamina).

- 4) Rumah Sakit Privat, merupakan Rumah Sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk perseroan terbatas atau persero, yang termasuk dalam kategori Rumah Sakit privat meliputi: Rumah Sakit milik yayasan, Rumah Sakit milik perusahaan, Rumah Sakit milik penanam modal (dalam negeri dan luar negeri), Rumah sakit milik badan hukum lain.

Pengkategorian Rumah Sakit di Indonesia lainnya menurut Menkes RI Tahun 1998 dikategorikan berdasarkan bentuk pelayanannya, dimana Rumah Sakit dapat dibedakan menjadi Rumah Sakit Umum (RSU) dan Rumah Sakit Khusus (RSK). Rumah Sakit Umum adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kesehatan semua jenis penyakit dari yang bersifat dasar sampai dengan sub spesialisik. Rumah Sakit khusus adalah Rumah Sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan berdasarkan jenis penyakit tertentu atau disiplin ilmu seperti Rumah Sakit Jiwa (RSJ), Rumah Sakit Tuberkulosa Paru (RSTP), Rumah Sakit Mata (RSM).

Didalam Peraturan Menkes RI Tahun 1998, Rumah Sakit di Indonesia juga digolongkan berdasarkan dengan beban kerja dan fungsinya. Adapun

penggolongan Rumah Sakit berdasarkan beban kerja dan fungsi adalah Rumah Sakit kelas A yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik dan sub-spesialistik luas, Rumah Sakit kelas B yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya 11 spesialistik dan sub-spesialistik terbatas, Rumah Sakit kelas C yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik 4 spesialistik dasar, Rumah Sakit kelas D yang memiliki fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar. Rumah Sakit pada umumnya menyediakan berbagai jenis pelayanan. Suatu Rumah Sakit dikatakan memiliki fasilitas yang lengkap dan memadai apabila sudah menyediakan empat kelompok dasar pelayanan, yakni: (a) diagnosis dan pengobatan (rawat jalan, rawat darurat, laboratorium, dan rawat inap), (b) pencegahan (pemeriksaan kesehatan, konseling), (c) promosi kesehatan (dalam gedung, luar gedung), dan (d) pemulihan (rehabilitasi medik fisik dan jiwa).

Sejalan dengan amanat pasal 28H ayat (1) Undang – Undang Negara RI Tahun 1945 telah ditegaskan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan kemudian dalam pasal 34 ayat (3) dinyatakan Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Begitu pula Indonesia sebagai suatu Negara yang sedang bergerak kearah kemajuan, maka sudah menjadi kewajiban Pemerintah untuk menyediakan jasa pelayanan kesehatan yang memadai bagi seluruh rakyatnya.

#### 2.4.2. Karakteristik dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.159b/MenKes/per/1998 (Wijono, 1997), fungsi rumah sakit adalah :

- a. Menyediakan dan menyelenggarakan pelayanan medis, penunjang medis, rehabilitasi, pencegahan dan peningkatan kesehatan.
- b. Menyediakan tempat pendidikan dan atau latihan tenaga medis dan paramedis.
- c. Sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan

Adapun tugas rumah sakit menurut peraturan tersebut adalah melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan kegiatan penyembuhan penderita dan pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

Selain itu, Djojibroto dalam bukunya yang berjudul *Kiat Mengelola Rumah Sakit* (1997) mengemukakan bahwa organisasi rumah sakit mempunyai sejumlah sifat yang serentak tidak dipunyai organisasi lain pada umumnya. Secara garis besar sifat dan karakteristik yang dimiliki oleh rumah sakit itu adalah :

- a. Sebagian besar tenaga kerja rumah sakit adalah tenaga professional.
- b. Wewenang kepala rumah sakit berbeda dengan wewenang pimpinan perusahaan.
- c. Tugas kelompok professional lebih banyak dibandingkan tugas kelompok manajerial.

- d. Beban kerjanya tidak bisa diatur.
- e. Jumlah pekerjaan dan sifat pekerjaan di unit kerja beragam.
- f. Hampir semua kegiatannya bersifat urgent.
- g. Pelayanan rumah sakit sifatnya sangat individualistic. Setiap pasien harus dipandang sebagai individu yang utuh, aspek fisik, aspek mental, aspek sosiokultural, dan aspek spiritual harus mendapat perhatian penuh. Pelayanan tidak bisa diberikan secara “kodian”
- h. Tugas memberikan pelayanannya bersifat pribadi, pelayanan ini harus cepat dan tepat, kesalahan tidak bisa di tolerir.
- i. Pelayanan berjalan terus-menerus 24 jam sehari.

### **2.4.3. Rumah Sakit Khusus**

Menurut Menkes RI Tahun 1998 Rumah Sakit Khusus adalah Rumah Sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya. Salah satu rumah sakit khusus tersebut adalah rumah sakit khusus ibu dan anak. Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak (RSKIA) merupakan salah satu tipe Rumah Sakit yang khusus difungsikan bagi pelayanan Ibu dan Anak. Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak melayani berbagai macam keperluan medis ibu dan anak seperti persalinan normal dan caesar, Poli anak, Poli umum, UGD, obsgy dan laboratorium.

## **2.5. Persalinan Normal**

### **2.5.1. Defisini Persalinan Normal**

Persalinan Normal di Indonesia mempunyai beragam definisi. Menurut

Saifudin dalam bukunya yang berjudul *Pelayanan Kesehatan Maternal & Neonatal* (2006;100) mengemukakan bahwa persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan, lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin

Selain definisi tersebut, Hanifa Winkojosastro dalam bukunya yang berjudul *Ilmu Kebidanan* (2007;37) persalinan didefinisikan sebagai proses dimana bayi, plasenta, selaput ketuban keluar dari uterus ibu. Persalinan dianggap normal jika prosesnya terjadi pada usia kehamilan cukup bulan (setelah kehamilan 37 minggu) tanpa disertai adanya penyulit.

Definisi agak berbeda di lontarkan oleh I.B.G Manuaba. Dalam bukunya yang berjudul *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita* (2009), beliau mendefinisikan persalinan sebagai proses yang alamiah yang akan berlangsung dengan sendirinya, tetapi persalinan pada manusia setiap saat terancam penyulit yang membahayakan ibu maupun janinnya, sehingga memerlukan pengawasan, pertolongan dan pelayanan dengan fasilitas yang memadai.

Walaupun ketiga definisi tersebut memiliki perbedaan, namun pada intinya proses persalinan normal merupakan suatu proses pengeluaran janin dari ibunya tanpa suatu penyulit yang berarti, walaupun terkadang banyak kita jumpai persalinan normal di Indonesia juga memiliki ciri khas masing – masing, tergantung dari kondisi janin dan ibunya.

### **2.5.2 Tahap – Tahap Persalinan Normal**

Tahap – tahap persalinan normal menurut Danuatmaja & Meilasari

dalam bukunya yang berjudul *Persalinan Normal Tanpa Rasa Sakit* (2004:26-34) terdapat tiga tahap. Tahapan – tahapan dalam persalinan normal tersebut, yaitu :

a. Tahap Persiapan / Laten

Tahap laten adalah periode waktu dari awal persalinan hingga ke titik ketika pembukaan mulai berjalan secara progresif, yang umumnya dimulai sejak kontraksi mulai muncul hingga pembukaan 3-4 sentimeter atau permulaan tahap aktif. Tahap persiapan merupakan tahap terlama karena prosesnya berjam-jam, berhari-hari bahkan berminggu–minggu. Tahap persiapan ditandai dengan terjadinya pembukaan (dilatasi) dan penipisan leher rahim dengan pembukaan leher rahim mencapai 3 cm. Selain itu, ibu mulai merasakan kontraksi yang jelas, berlangsung selama 30-50 detik dengan jarak 5-20 menit. Semakin bertambahnya pembukaan leher rahim, semakin sering kontraksi.

b. Tahap Aktif

Tahap aktif adalah periode waktu dari awal kemajuan aktif pembukaan hingga pembukaan menjadi komplet dan mencakup tahap transisi. Pembukaan umumnya dimulai dari 4 cm (pada akhir tahap laten) hingga 10 cm (akhir kala satu persalinan). Biasanya tahap ini berlangsung lebih pendek dari tahap persiapan. Kegiatan rahim mulai lebih aktif dan banyak kemajuan yang terjadi dalam waktu singkat. Kontraksi semakin lama (berlangsung 40-60 detik),

kuat, dan sering ( 3-4 menit sekali ). Pembukaan leher rahim mencapai 7 cm.

c. Tahap Transisi

Selama tahap transisi, wanita mengakhiri kala satu persalinan pada saat hampir memasuki dan sedang mempersiapkan diri untuk kala dua persalinan. Tahap ini adalah tahap yang paling melelahkan dan berat. Banyak ibu merasakan sakit yang hebat. Hal ini dikarenakan kontraksi meningkat dan menjadi sangat kuat, 2-3 menit sekali selama 60-90 detik. Puncak kontraksi yang sangat kuat dan lamanya hampir sama dengan kontraksi itu sendiri. Ibu merasa seolah – olah kontraksi tidak pernah berhenti dan tidak ada waktu istirahat diantaranya. Pembukaan rahim mencapai 10 cm, umumnya 3 cm terakhir berlangsung sangat cepat, rata-rata 15 menit hingga 1 jam.