

**ANALISIS PENENTUAN TARIFKLAS VVIP DAN VIP
RUANG PAVILLIUN WIJAYA KUSUMA,
STUDI KASUS DI BPRSUD
KOTA SALATIGA TAHUN 2004**



Tesis

**Untuk memenuhi persyaratan
Mencapai derajat Sarjana S2**

**Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi Rumah Sakit**

**oleh
FARIDA WIDAYATI
NIM E. 4A.002013**

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2005**

Pengesahan Tesis

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul:

**ANALISIS PENENTUAN TARIF KLAS VVIP DAN VIP RUANG
PAVILLIUN WIJAYA KUSUMA, STUDI KASUS DI BPRSUD
KOTA SALATIGA TAHUN 2004**

Dipersiapkan dan disusun oleh:

Nama : Farida Widayati

NIM : E.4A.002013

Telah dipertahankan didepan penguji pada tanggal 4 Mei 2005 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

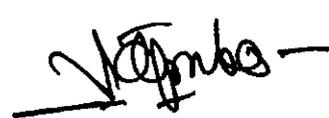
Pembimbing Utama



Dra. Chriswardhani Suryawati, M.Kes

NIP. 131 832 258

Pembimbing Pendamping



dr. Kuntjoro Adi Purjanto, MMR

NIP. 140 120 864

Penguji I



dr. Sudiro, MPH., Dr. PH.

NIP. 131 252 965

Penguji II



E. Hendro Cahyono, SE., MM.

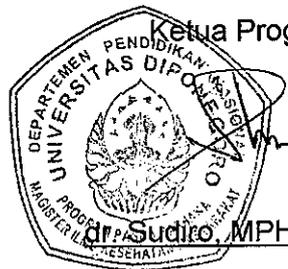
NIK. 333 / Smg / Yakkum

Semarang, Mei 2005

Universitas Diponegoro

Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Ketua Program



dr. Sudiro, MPH., Dr. PH.

NIP. 131 252 965

PERNYATAAN

Dengan ini , saya Farida Widayati menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil karya sendiri yang belum pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Oleh karena pertanggungjawaban berada dalam diri saya sepenuhnya.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

- Nama : Farida Widayati
- Tempat,tanggal lahir : Surakarta, 16 Agustus 1963
- Agama : Islam
- Alamat : Perumahan Wahid , Blok E – 1 , Salatiga
- Riwayat Pendidikan :
- Sekolah Dasar lulus tahun 1974
 - Sekolah Menengah Pertama lulus tahun 1977
 - Sekolah Menengah Atas lulus tahun 1981
 - Dokter lulus tahun 1988
- Riwayat Pekerjaan :
- Dokter kedua Puskesmas Karangpandan Karanganyar tahun 1989 – 1993
 - Kepala Puskesmas Karangpandan Kabupaten Karanganyar tahun 1993 – 1995
 - Kepala Seksi Kesehatan Keluarga pada Dinas Kesehatan Kabupaten Karanganyar tahun 1995 – 2000
 - Kepala Seksi Pelayanan Kesehatan pada Dinas Kesehatan Kota Salatiga tahun 2001 – 2002
 - Kepala Puskesmas Sidorejo Lor tahun 2002
 - Kepala Bidang Bina Kesehatan pada Dinas Kesehatan Kota Salatiga tahun 2003 sampai dengan sekarang

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena atas limpahan taufiq dan hidayahNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis dengan judul "Analisis Penentuan Tarif Klas VVIP dan VIP Ruang Pavilliun Wijaya Kusuma, Studi Kasus Di BPRSUD Kota Salatiga tahun 2004"

Kami menyadari bahwa kegiatan penelitian sampai dengan penulisan tesis tidak akan terlaksana dengan baik tanpa bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu ijinilah kami menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Sudiro, MPH, Dr. PH selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang atas segala bimbingan selama penulis mengikuti pendidikan
2. Ibu Dra Chriswardani Suryawati, M. Kes selaku Pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingan, arahan dan motivasi dalam penyusunan tesis.
3. Bapak Dr H Kuntjoro Adi Purjanto, MMR selaku pembimbing II dan Kepala BPRSUD Kota Salatiga yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan serta pemberi ijin fasilitas obyek penelitian dalam rangka penyusunan tesis ini hingga selesai
4. Bapak Walikota, Ketua DPRD, Kepala Bappeda, Kepala Dinas Kesehatan Kota Salatiga, atas bantuannya dalam memberikan informasi yang dibutuhkan dalam penyelesaian tesis.
5. Suamiku Andik Nur Cahyono serta anak – anakku tercinta Nonik, Luthfi dan Dewi atas pengertian, semangat, dorongan dan pengorbanan dalam menyelesaikan pendidikan.

6. Semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu yang telah memberikan Doa restu, dorongan dan semangat dalam proses penyelesaian pendidikan dan penyelesaian tesis ini

Semoga amal baik semua pihak mendapat balasan yang berlipat ganda dan selalu mendapat petunjuk dan bimbingan dari Allah SWT.

Kami menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu segala kritik dan saran yang sifatnya membangun senantiasa dinantikan dengan penuh harap demi terwujudnya karya yang lebih baik di masa yang akan datang. Semoga Allah SWT senantiasa melindungi dan memberikan petunjukNya kepada kita semua. Amin.

Semarang, April 2005

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR GAMBAR.....	ix
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah	9
C. Pertanyaan Penelitian.....	10
D. Tujuan Penelitian.....	10
1. Tujuan Umum.....	10
2. Tujuan Khusus.....	10
E. Manfaat Penelitian.....	11
F. Ruang Lingkup.....	12
G. Keaslian Penelitian.....	13
H. Keterbatasan Penelitian.....	14
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	15
A. Rumah Sakit.....	15
B. Tantangan Yang Dihadapi RSUD.....	18
C. Filosofi Nilai Dasar Tentang Pelayanan Rumah Sakit.....	20
D. Mutu Pelayanan Rumah Sakit.....	21
E. Segmen Pasar Rumah Sakit Masa Mendatang.....	24
F. Pengertian Tarif.....	25
G. Konsep Penilaian Customer sebagai Faktor Penentu.....	30
H. Manajemen Biaya Rumah Saklit.....	33
I. Analisis Biaya Dengan Metoda Real Cost.....	35

J. Perhitungan Biaya Investasi.....	36
K. Titik Impas (Break Even Point).....	37
L. Keterkaitan Tarif Dengan Pelayanan.....	40
M. Kerangka Teori.....	42
BAB III METODE PENELITIAN.....	45
A. Kerangka Konsep.....	45
B. Jenis Dan Rancangan Penelitian.....	46
C. Populasi Dan Sampel Penelitian.....	46
D. Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	48
E. Alat Dan Cara Penelitian.....	53
F. Alur Penelitian.....	56
G. Teknik Pengolahan Dan Analisa Data.....	56
H. Jadwal Penelitian.....	58
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	59
A. Gambaran Umum Ruang Pavilliun Wijaya Kusuma.....	59
B. Metode Real Cost.....	63
C. Penelusuran Data Biaya Dan Data Lainnya.....	64
D. Hambatan Dalam Identifikasi Biaya Rawat Inap WijayaKusuma.....	65
E. Dukungan Dalam Identifikasi Biaya Pelayanan Rawat Inap.....	65
F. Dasar Perkiraan Tingkat Hunian.....	66
G. Cakupan Rawat Inap BPRSUD Tahun 2003.....	67
H. Identifikasi Terhadap Berbagai Item Biaya Langsung dan Tak Langsung.....	68
I. Tarif Rumah Sakit Pesaing.....	96
J. Penentuan Tarif.....	97
K. Analisa Break Even Point (BEP).....	98

L. Aliran Kas Bersih.....	103
M. Faktor Pendukung Dan Penghambat Operasional Rawar Inap Ruang VVIP dan VIP Pavilliun Wijaya Kusuma.....	104
BAB V PEMBAHASAN.....	109
A. Penggunaan Metode Real Cost Dalam Analisa Biaya.....	110
B. Data Analisa.....	111
C. Biaya Total.....	112
D. Unit Cost Estimasi Klas VVIP dan VIP.....	113
E. Analisis Sensitivitas Unit Cost Estimasi Tanpa Gaji Dan Investasi.....	113
F. Gambaran Perkiraan dan Penerimaan Keuangan.....	118
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	119
A. Kesimpulan.....	119
B. Saran.....	121
DAFTAR PUSTAKA.....	122
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	: Data Ketenagaan Petugas VVIP dan VIP.....	61
Tabel 4.2	: Data Tingkat Hunian Klas Utama	66
Tabel 4.3	: Cakupan Rawat Inap Periode Jan- Des 2003.....	68
Tabel 4.4	: Unit Cost Estimasi Bahan Medis Pakai Habis VVIP.....	70
Tabel 4.5	: Unit Cost Estimasi Bahan Medis Pakai Habis VIP.....	70
Tabel 4.6	: Unit Cost Estimasi Alat Rumah Tangga VVIP.....	72
Tabel 4.7	: Unit Cost Estimasi Alat Rumah Tangga VIP.....	73
Tabel 4.8	: Unit Cost Estimasi Alat Tulis Kantor VVIP.....	74
Tabel 4.9	: Unit Cost Estimasi Alat Tulis Kantor VIP.....	75
Tabel 4.10	: Tahapan Penganggaran Pembangunan Gedung	76
Tabel 4.11	: Unit Cost Estimasi Biaya Penyusutan Pavilliun.....	76
Tabel 4.12	: Biaya Penyusutan Gedung untuk VVIP	76
Tabel 4.13	: Biaya Penyusutan Gedung untuk VIP..	76
Tabel 4.14	: Biaya Penyusutan Alat Medis Pavilliun	76
Tabel 4.13	: Estimasi Penghitungan Biaya Penyusutan Alat Medis.....	77
Tabel 4.14	: Estimasi Penghitungan Biaya Penyusutan Alat Medis VVIP.....	78
Tabel 4.15	: Estimasi Penghitungan Biaya Penyusutan Alat Medis VIP.....	79
Tabel 4.16	: Unit Cost Estimasi Alat Medis VVIP.....	79
Tabel 4.17	: Estimasi Biaya Penyusutan Alat Medis VIP.....	80
Tabel 4.18	: Unit Cost Estimasi Biaya Penyusutan Alat Medis VIP.....	81
Tabel 4.19	: Daftar Inventaris Alat Non Medis grup 1.....	79
Tabel 4.20	: Daftar Inventaris Alat Non Medis grup 2.....	80

Tabel 4.21	: Daftar Inventaris Alat Non Medis grup 3	83
Tabel 4.22	: Daftar Inventaris Alat Non Medis grup 1,2,3	84
Tabel 4.23	: Unit Cost Estimasi Biaya Penyusutan Alat Medis VVIP.....	84
Tabel 4.24	: Unit Cost Estimasi Biaya Penyusutan Alat Medis VIP.....	85
Tabel 4.25	: Tarif jasa medis dan Perawat di Rumah Sakit sekitar.....	85
Tabel 4.26	: Kebutuhan bahan Laundry.....	87
Tabel 4.27	: Kebutuhan bahan cuci 1 tahun.....	88
Tabel 4.28	: Unit Cost Biaya Listrik.....	90
Tabel 4.29	: Unit Cost Cleaning Servic.....	90
Tabel 4.30	: Unit Cost Pemakaian Air.....	91
Tabel 4.31	: Daftar Gaji Kepegawaian VVIP dan VIP.....	92
Tabel 4.32	: Unit Cost Gaji Pegawai.....	93
Tabel 4.33	: Biaya tidak Langsung.....	93
Tabel 4.34	: Biaya tidak Langsung VVIP.....	94
Tabel 4.35	: Biaya tidak Langsung VIP.....	94
Tabel 4.36	: Total Unit Cost Estimasi Lengkap VVIP dan VIP.....	95
Tabel 4.37	: Unit Cost Estimasi tak Lengkap VVIP dan VIP.....	96
Tabel 4.38	: Tarif Rawat Inap VVIP dan VIP Pesaing.....	96
Tabel 4.39	: Usulan Tarif VVIP dan VIP.....	97
Tabel 4.40	: Fixed Cost Lengkap klas VVIP.....	98
Tabel 4.41	: Variabel Cost Lengkap klas VVIP.....	98
Tabel 4.42	: Fixed Cost tak lengkap klas VIP.....	100
Tabel 4.43	: Variabel Cost Tak lengkap klas VIP.....	101

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	: Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tarif Layanan.....	43
Gambar 2.2.	: Jenis Biaya.....	44
Gambar 2.3.	: Elemen Biaya dan Jenis Biaya Satuan.....	44
Gambar 3.1.	: Kerangka Konsep.....	45
Gambar 4.1	: Srtuktur Organisasi Pavilliun Wijaya Kusuma.....	58
Gambar 4.2	: Cakupan Rawat Inap Non Pavilliun Tahun 2003.....	64

DAFTAR SINGKATAN

BPRSUD	: Badan Pengelolaan Rumah Sakit Umum Daerah
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
LPTD	: Lembaga Pelaksana Teknis Daerah
PNBP	: Penerimaan Negara Bukan Pajak
PP	: Peraturan Pemerintah
BOR	: Beb Occupancy Rate
ALOS	: Average Length Of Stay
TOI	: Turn Over Interval
VVIP	: Very Very Important People
VIP	: Very Important People
IPSRS	: Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
BEP	: Break Even Point
BUMD	: Badan Usaha Milik Daerah
ABC	: Analisis Based Costing
TC	: Total Cost
AIC	: Annualized Investment Cost
UVC	: Unit Variable Cost
SDM	: Sumber Daya Manusia

ABSTRACT

Farida Widayati

Determination Analysis of The Tariff of VVIP Class and VIP Class in Wijaya Kusuma Pavilion Room, Case Study at The District Hospital of Salatiga Year 2004

The District Hospital of Salatiga is the type C hospital and belongs to the District Government of Salatiga. In 2004, the Wijaya Kusuma Pavilion was built and was used as inpatient room for VVIP class and VIP class. A number of rooms for VVIP class are 14 rooms and for VIP class are 45 rooms. The goal was to fulfill opportunity of market requiring a hospital, which is more representative and to realize balance between a social function and an economic function until crossed subsidy principle really formed.

The aim of this research was to analyze a cost, which would be used to determine a tariff of VVIP class and VIP class and to analyze the stakeholder which would be used to know whether the tariff appropriate with the given services.

This was a case study, which was done to identify the supporter and the barrier factors at inpatient services for VVIP class and VIP class in Wijaya Kusuma Pavilion room.

Data of a cost analysis for the services, which have not been done, are gotten by estimation using the *Real Cost* method and agreeing with the guideline of inpatient services in 2003 during one year.

Cost analysis has been already done in two versions. First version, the comprehensive cost analysis gets the estimation Cost Unit for VVIP class is Rp 538.043,61 and for VIP class is Rp 492.388,07. Second version, the estimation Cost Unit without a salary and an investment for VVIP class is Rp 145.500,10 and for VIP class is Rp 132.427,64. The tariff of VVIP class is Rp 240.000 and the tariff of VIP class is Rp 180.000. Break even point would be happened if BOR could reach 32% for VVIP class and 42% for VIP class in which the estimation Cost Unit without a salary and an investment. This tariff must be accompanied by prime services and smile. This cost analysis could be used as the advocating material for the stakeholders specifically for Legislative and Executive in the context of the hospital cost adjustment in order to realize the prime services.

The District Hospital of Salatiga should implement the tariff in which it needs one year again to do the *Real Cost*. It needs to do the research about the work performance of human resources in VVIP and VIP class and the research of ATP and WTP from the people who would use these services.

Key Words : The Estimation Cost Unit, The Prime Services,
The Tariff Determination, and The Break Even Point
Bibliography : 29 (1988 – 2005)

ABSTRAK

FARIDA WIDAYATI

JUDUL :ANALISIS PENENTUAN TARIF KLAS VVIP DAN VIP RUANG PAVILLIUN WIJAYA KUSUMA,STUDI KASUS DI BPRSUD KOTA SALATIGA TAHUN 2004

Badan Pengelolaan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga merupakan Rumah Sakit tipe C milik Pemerintah Daerah. Pada tahun 2004 telah selesai dibangun gedung Pavilliun Wijaya Kusuma yang akan dimanfaatkan sebagai ruang rawat inap klas VVIP sebanyak 14 kamar dan VIP sebanyak 45 kamar. Tujuannya adalah untuk memenuhi peluang pasar yang membutuhkan rumah sakit yang lebih representatif serta mewujudkan keseimbangan antara fungsi sosial dan ekonomi, hingga prinsip subsidi silang dapat betul-betul terwujud.

Tujuan penelitian ini untuk melakukan analisis biaya guna menentukan tarif di klas VVIP dan VIP, kemudian melakukan analisis stakeholder untuk mengetahui apakah tarif tersebut sesuai dengan layanan yang ada.

Penelitian ini adalah suatu studi kasus yang bersifat deskriptif kuantitatif didukung data kalitatif dengan wawancara mendalam, untuk mengidentifikasi faktor-faktor pendukung dan penghambat operasionalnya Layanan Rawat inap VVIP dan VIP Pavilliun Wijaya Kusuma.

Dari hasil analisis dengan metode *Real Cost* pada layanan yang belum operasional maka data diperoleh secara estimasi dengan berpedoman layanan rawat inap tahun 2003 selama 1 tahun.

Telah dilakukan dua versi perhitungan analisis biaya secara lengkap dengan hasil Unit Cost Estimasi Rp 538.043,61 untuk VVIP dan Rp 492.388,07 untuk VIP. Sedang bila tanpa gaji dan investasi, maka Unit Cost Estimasinya Rp 145.500,10 untuk VVIP dan Rp 132.427,64 untuk VIP. Dengan berbagai pertimbangan diusulkan penentuan tarif untuk klas VVIP sebesar Rp 240.000,- dan VIP sebesar Rp 180.000. Break even point akan terjadi bila BOR mencapai 32% untuk VVIP dan 42% untuk VIP dengan ketentuan analisisnya tanpa perhitungan gaji dan investasi karena rumah sakit ini milik pemerintah dimana gaji dan investasi merupakan subsidi dari pemerintah. Pemberlakuan tarif ini harus disertai dengan layanan prima serta senyum. Analisis biaya ini dapat digunakan sebagai bahan advokasi ke stakeholder khususnya DPRD dan Pemda tentang penyesuaian pembiayaan rumah sakit agar terwujud pelayanan prima.

Sarannya adalah diterapkannya usulan tarif ini, dimana 1 tahun lagi perlu dilakukan analisis biaya secara *Real Cost*, perlunya dilakukan penelitian yang menyangkut upaya kinerja sumber daya manusia di layanan VVIP dan VIP, Penelitian ATP dan WTP dari masyarakat calon pengguna layanan ini

Kata Kunci: Unit Cost Estimasi, layanan prima
Penetapan tarif, Break Even Point

Kepustakaan : 29 (tahun 1988-2005)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik dan subspecialistik, seperti yang tertera dalam Surat Keputusan Menteri RI No 983/Menkes/SK/XI/1992. Rumah sakit mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tugasnya adalah memberikan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengupayakan penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Untuk itu rumah sakit umum perlu mempunyai pelayanan medis, penunjang medis, pelayanan dan asuhan keperawatan, rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan .

Dalam menghadapi era globalisasi sekarang ini, berbagai tantangan tentu akan dihadapi oleh rumah sakit di Indonesia termasuk juga Badan Pengelola Rumah Sakit Umum Daerah(BPRSUD) Kota Salatiga. bentuk nyata globalisasi perumhaskitan dapat berupa rumah sakit sebagai bagian dari jaringan atau korporasi global. Rumah sakit akan melayani konsumen global atau konsumen yang berselera global,rumah sakit akan banyak mempekerjakan pekerja global serta sebagai penjual jasa berbasis pengetahuan dan teknologi tinggi.¹

Sistem pelayanan rumah sakit yang berjalan selama ini harus ditinjau kembali untuk mengantisipasi persaingan tingkat global. Rumah sakit tidak dapat dikelola secara sederhana, tetapi harus memenuhi kebutuhan masyarakat yang muncul akibat perubahan-perubahan pada era globalisasi ini. Oleh karena itu untuk dapat berkembang dalam lingkungan yang cepat ini, paradigma manajemen rumah sakit harus diubah menjadi efektif, efisien dan mempunyai kemampuan untuk mengakomodasi perubahan. Rumah sakit pada dasarnya adalah suatu institusi yang mempunyai tujuan sosial sehingga motif mencari untung bukan yang utama. Namun perkembangan teknologi kedokteran dan perkembangan permintaan masyarakat mendorong pengelola rumah sakit menggunakan perhitungan-perhitungan ekonomi. Salah satunya adalah perhitungan 'revenue' yang diperlukan untuk investasi dan pengoperasian peralatan medis yang semakin canggih dan mahal, disamping untuk membiayai mutu pelayanan medis yang juga semakin tinggi. Sehingga ada dua motivasi, yaitu motivasi sosial dan motivasi ekonomis yang menjadi pertimbangan dalam analisis dan penentuan tarif rumah sakit .²

Ada 2 kebijakan yang membawa konsekuensi besar terhadap pembiayaan RSUD. Yang pertama adalah kebijakan desentralisasi atau otonomi daerah dan kedua adalah Keppres No. 40/2001 tentang status RSUD menjadi LPTD (Lembaga Pelaksana Teknis Daerah). Kebijakan pertama menyebabkan RSUD mendapat anggaran dari Pemda setempat dan tidak lagi dari berbagai sumber seperti era sebelumnya. Kebijakan kedua menempatkan RSUD sebagai "unit usaha" pelayanan umum milik Pemda, sehingga menjadi tidak jelas kedudukannya sebagai salah satu elemen dalam sitem pelayanan daerah. Sudah banyak usaha untuk memberikan otonomi yang lebih besar kepada rumah

sakit milik pemerintah agar dapat lebih leluasa dalam menangkap peluang pasar serta mengelola sumber daya yang pada gilirannya akan membuat rumah sakit lebih mampu meningkatkan mutu dan cakupan pelayanannya , mulai dari kebijakan Unit Swadana Tahun 1992, PP tentang rumah sakit sebagai PNBK Tahun 1997, PP rumah sakit sebagai Perjan Tahun 2000 dan Keppres. No. 40/2001. Apapun bentuk atau status yang akan dikembangkan, yang diharapkan adalah peningkatan efisiensi, mutu dan efektifitas rumah sakit dalam menjalankan misinya untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat. Peran sistem pembiayaan dan keuangan rumah sakit adalah sangat esensial untuk mencapai tujuan tersebut. Namun sampai sekarang masih banyak masalah dalam sistem pembiayaan dan manajemen keuangan rumah sakit yang belum dibenahi walaupun sudah diidentifikasi sebagai masalah. Dalam era 1990-an, pemerintah/Depkes menetapkan bahwa rumah sakit harus menjalankan fungsi sosial dan fungsi ekonomi sekaligus. Fungsi sosial berarti bahwa sebuah rumah sakit harus melayani pasien atas dasar kebutuhan medisnya tidak atas dasar kemampuan membayar. Fungsi sosial juga berarti bahwa sebuah rumah sakit harus melayani penduduk miskin. Sedang fungsi ekonomi berarti rumah sakit harus melaksanakan manajemennya termasuk manajemen keuangan dan pembiayaannya mengikuti kaedah-kaedah efisiensi dan kaedah-kaedah biaya yang realistis dan rasional. Namun belum jelas tentang penjabaran fungsi sosial-ekonomi tersebut dalam sistem pembiayaan rumah sakit. Ada yang mengatakan bahwa rumah sakit harus menyediakan "X%" fasilitas pelayanan untuk orang miskin, ada yang mengatakan bahwa rumah sakit harus melakukan subsidi silang dari pasien kaya untuk pasien miskin. Ada pula yang berpendapat bahwa fungsi ekonomi berarti rumah sakit harus mampu bersaing menangkap potensi pasar

khususnya dalam menyongsong era globalisasi. Setelah terjadi krisis ekonomi, penekanan pada fungsi sosial tersebut semakin kuat. Rumah sakit harus melayani penduduk miskin dengan dana JPS-BK (Jaringan Pengaman Sosial Bidang Kesehatan). Beberapa laporan menunjukkan bahwa beberapa rumah sakit mengalami *defisit* karena meningkatnya utilisasi penduduk miskin, sehingga harus menutup *defisit* biaya dengan penerimaan fungsionalnya. Ini berarti kaedah-kaedah ekonomi *real cost based* tidak bisa diterapkan. Secara umum akan mengganggu kinerja keuangan rumah sakit dan artinya ada komponen biaya yang harus dikorbankan. Sehubungan dengan hal tersebut diatas, rumah sakit tentu harus mencari keseimbangan antara fungsi sosial dan fungsi ekonomi. Kalau fungsi ekonomi diartikan "*good and sound financial management*" dan sekaligus menangkap potensi pasar, maka biaya untuk menyediakan pelayanan dalam rangka menangkap potensi pasar harus dihitung dengan baik. Hasilnya digunakan untuk menentukan tarif pelayanan yang layak secara ekonomis. Artinya, harus dicegah terjadinya *hidden subsidy* bagi pasien mampu. Fungsi ekonomi diarahkan pada (1) *minimizing the cost* atau meningkatkan efisiensi dan (2) *maximizing revenue* dengan cara 'menjual' produk yang dibutuhkan penduduk non miskin (misalnya pelayanan berkelas dan bersifat *private goods* seperti bedah kosmetik, *medical check up*).³

Sedangkan *cost recovery* untuk rumah sakit pemerintah selama ini masih rendah (sekitar 35%). Untuk Rumah Sakit Salatiga sudah mencapai 60%. Dengan adanya inflasi biaya, beban yang dipikul oleh penyandang dana semakin berat. Adapun salah satu sebab utama rendahnya *cost recovery* adalah tarif yang rendah dan tingkat utilisasi yang jauh dibawah kapasitas rumah sakit yang bersangkutan.⁴

Kebijakan penentuan tarif harus didasari oleh: biaya yang dikenakan; *break even point* yang diperlukan; kompetisi yang terjadi; pertimbangan masa mendatang, seperti laba, biaya pemasaran khusus, biaya pengembangan rumah sakit dan potongan khusus. Kebijakan tarif rumah sakit yang dijelaskan diatas baru dari pertimbangan segi produksi. Sisi lain yang juga penting diperhatikan adalah kemampuan dan kemauan masyarakat untuk membayar, juga tarif dan mutu pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pihak lain (pesaing) harus juga dipertimbangkan.⁵

BPRSUD Kota Salatiga merupakan salah satu rumah sakit rujukan milik Pemerintah Kota Salatiga yang mempunyai letak strategis, berada ditengah kota yang mudah dijangkau dengan transportasi dan berada ditepi jalur jalan raya Semarang-Surakarta. Rumah sakit ini memiliki status klas C, sejak 1 April 1995 ditetapkan sebagai Rumah Sakit Unit Swadana Daerah. Pada tahun 1996/1997mendapat akreditasi sebagai rumah sakit sayang bayi dari UNICEF dan pada tahun 1997 telah mendapat akreditasi penuh untuk 5 (lima) standar pelayanan dari Departemen Kesehatan RI selama 3 tahun.

BPRSUD Kota Salatiga sebagai unit pelayanan milik pemerintah daerah tidak hanya memiliki jangkauan pelayanan skala kota saja namun memiliki peluang pasar yang baik untuk melayani warga masyarakat daerah lainnya.

Kondisi pelayan kesehatan yang ada di Kota Salatiga saat ini terdiri dari BPRSUD Salatiga, mempunyai 150 tempat tidur terdiri dari kelas utama 17 tempat tidur, kelas I sebanyak 31 tempat tidur, kelas II sebanyak 47 tempat tidur, kelas III sebanyak 39 tempat tidur dan perinatologi sebanyak 16 tempat tidur, RSUD milik TNI AD dengan kapasitas tempat tidur 60 buah, RSUD Ananda milik swasta mempunyai 40 tempat tidur, RSUD Puri Asih memiliki 50 tempat tidur,

RSTP Ngawen mempunyai 100 tempat tidur, serta ada 6 Puskesmas dengan 15 Puskesmas Pembantu, 1 buah BP4.

Seperti halnya kondisi BPRSUD Kota Salatiga saat ini, dengan terbatasnya penyediaan sarana dan prasarana fasilitas rawat inap serta kondisi bangunan rumah sakit yang cukup tua dan kurang *representatif* terdapat kecenderungan pelanggan kelas menengah keatas lebih memilih rumah sakit swasta atau rumah sakit lain yang lebih *representatif* di Semarang atau Surakarta.

Selama ini efisiensi pemanfaatan BPRSUD masih kurang. Hal ini dapat diketahui dengan menggunakan rumus *Barber johnson* sebagai berikut: BOR tahun 1999-2001 rata-rata 49,77 % berarti termasuk dalam kategori kurang efisien; TOI tahun 1999-2001 rata-rata 3,85 per hari termasuk dalam kategori kurang efisien; LOS tahun 1999-2001 rata-rata 4 hari termasuk dalam kategori baik. Sedang dari 17 kamar kelas utama yang ada, BOR rata-rata selama tahun 2003 adalah 71, 60 % Dipihak lain para pesaing baik swasta atau RSUD sekitarnya mulai meningkat, seperti berdirinya RS Ananda dan RS Puri Asih.

Jumlah penduduk Kota Salatiga dari tahun ke tahun relatif meningkat, dengan kenaikan rata-rata 1,38 %. Dari jumlah penduduk yang ada dengan kenaikan prosentse seperti diatas maka pada 10 tahun mendatang jumlah penduduk akan mencapai 180.974 jiwa. Menurut standar perencanaan RSU untuk menentukan fasilitas kesehatan bagi masyarakat yang ideal adalah setiap 1000 penduduk disediakan 3 tempat tidur, sehingga perlu direncanakan 543 tempat tidur dimana 65 % disediakan RSUD Salatiga sedang yang lainnya disediakan oleh pihak lain. Dalam membangun kondisi kesehatan sebagai bahan penting membangun potensi sumberdaya manusia yang menjadi bagian dari urusan RSUD Kota Salatiga, sudah selayaknya sektor kesehatan di Kota Salatiga

mendapat pembangunan yang lebih sistematis dan terprogram. Kebutuhan sistem penanganan yang lebih sistematis dan terprogram tersebut semakin mendesak. Disatu sisi dengan semakin pesatnya perkembangan teknologi kesehatan yang sejalan dengan semakin kompleksnya jenis penyakit serta kebijakan pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan warga Kota Salatiga khususnya dan penduduk *interland* merupakan hal yang patut dipertimbangkan. Jika dikaitkan dengan RSUD Kota Salatiga maka sebenarnya potensi yang besar yang dapat menjadi sumber pendapatan RSU. Pada sisi lain, RSUD Salatiga merupakan rumah sakit pemerintah yang terbesar di Kota Salatiga. Semua kegiatan yang sifatnya pelayanan kesehatan terpadu pada suatu wilayah akan terpusat pada rumah sakit umum.

Sebagai RSUD terbesar di Kota Salatiga dengan melihat potensi-potensi yang ada maka perlu dipikirkan kembali adanya penataan/ perkembangan bagi sarana pelayanan kesehatan yang bersifat umum baik sarana fisik maupun penambahan tenaga medisnya, dengan membuat RSUD Kota Salatiga dari kelas C menjadi kelas B secara bertahap dengan kapasitas ruang rawat inap 350 tempat tidur. Adapun salah satu realisasinya adalah membangun ruang ruang rawat inap kelas VVIP dan VIP pada tahun 2002 dengan anggaran Dana Alokasi Umum tahun Anggaran 2002 dan 2003. Bangunan tersebut berlokasi di Jalan Osamaliki 19 Salatiga dengan luas seluruh area rumah sakit 3 Ha. Saat ini telah selesai dibangun 45 tempat tidur VVIP dan 14 tempat tidur VIP. Kelas VVIP dan VIP adalah ruang dengan *privacy* tinggi dimana didalamnya dihuni oleh satu pasien dengan kamar mandi sendiri. Pada kelas ini dapat ditunggu (*rooming-in*), VVIP dan VIP diperuntukan bagi pasien yang memerlukan penanganan pelayanan kesehatan dan perawatan tertentu. Untuk menempati kamar VVIP dan

VIP pasien dituntut untuk membayar lebih tinggi. Kelas VVIP dan VIP ini menempati bangunan pavillium dengan dengan pintu masuk dan parkir kendaraan tersendiri.

Fungsi utama RSUD Kota Salatiga adalah memberi pelayanan yang akan ditekankan kepada pelayanan rumah sakit klas B dan memantapkan peranan rumah sakit sebagai pusat rujukan di Kota Salatiga. Adapun jenis layanannya, dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Pelayanan medis, mencakup pelayanan rawat jalan, gawat darurat, rawat inap dan rawat intensif.
2. Pelayanan penunjang medis, mencakup pelayanan radiologis, laboratorium, COT, rehabilitasi medik, anestesi dan farmasi.
3. Pelayanan non medis, mencakup CSSD, cuci, dapur, boiler dan kamar mayat.

Klas VIP dan VVIP tersebut rencananya akan dioperasikan pada pertengahan tahun 2004. Sampai saat ini belum ada tarif untuk klas VVIP dan VIP yang akan digunakan sebagai dasar perhitungan. Yang ada baru kelas utama sejumlah 17 kamar, dimana pada tahun 2003 mencapai BOR 71,60%. Beberapa persiapan sudah dilaksanakan, namun ada hal yang harus dipersiapkan dan dipertimbangkan secara matang dengan berbagai alasan yang mendasar yaitu penetapan tarif untuk pelayanan kelas VVIP dan VIP. Tim manajer harus membuat analisis penetapan tarif dan perkiraan total anggaran pelayanan yang dapat diterima oleh semua pihak baik eksternal maupun internal sehingga mutu pelayanan akan tetap terjamin.

Perlunya analisis biaya dalam perencanaan untuk menjawab berapa biaya satuan kegiatan pada unit pelayanan rawat inap VIP dan VVIP serta tindakan

medis dan pelayanan penunjang agar dapat dihitung total anggaran yang diperlukan. Selain itu perlu masukan atau pendapat dari para pengguna, tim manajer serta Pemda sehingga dapat ditentukan tarif yang dapat diterima semua pihak, dengan tetap berpedoman pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 582 / Menkes/ SK/ VI/1997 tentang Pola tarip Rumah Sakit Pemerintah

B. Perumusan Masalah

RSUD Kota Salatiga, rumah sakit rujukan terbesar di Kota Salatiga, mempunyai tanggung jawab memberikan pelayanan efektif, efisien dan bermutu di lingkup Kota Salatiga. Untuk memenuhi tuntutan globalisasi dengan prinsip sosio-ekonomi dalam era desentralisasi /otonomi daerah serta diberlakukannya Keppres 40/2001, rumah sakit berusaha untuk meraih peluang pasar dan mendapatkan revenue yang diperlukan untuk investasi, operasional, pemeliharaan serta membiayai peningkatan mutu layanan dengan cara meningkatkan kelas rumah sakit dari tipe C ke tipe B secara bertahap. Sebagai langkah awal tahun 2003 telah selesai dibangun kelas VVIP dan VIP yang pada pertengahan 2004 akan operasional. Namun sampai sekarang belum ditetapkan tarif layanan tindakan dan rawat inap untuk ruang kelas VVIP dan VIP yang realistis sehingga dapat meningkatkan efisiensi pemanfaatannya.

C. Pertanyaan Penelitian

Berapakah tarif layanan untuk klas VIP dan VVIP ditetapkan agar sesuai dengan mutu layanan standar serta dapat meningkatkan efisiensi pemanfaatan rawat inap di BPRSUD Kota Salatiga ?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum:

Melakukan analisis biaya untuk menghitung analisis satuan, guna menentukan tarif di klas VVIP dan VIP, kemudian melakukan analisis *stake holder* untuk mengetahui apakah tarif tersebut sesuai dengan layanan yang ada.

2. Tujuan khusus :

- a. Melakukan estimasi utilisasi kelas VVIP dan VIP tahun pertama operasional
- b. Melakukan pengelompokan pusat penerimaan dan pusat biaya
- c. Melakukan analisis biaya kelas VVIP dan VIP
- d. Menghitung *Break even point*
- e. Melakukan analisis penentuan tarif klas VVIP dan VIP
- f. Melakukan analisis sensitivitas terhadap *stake holder* tentang tarif dan layanan yang ditetapkan
- g. Melakukan *Bench marking* ke RS sekota (Rumah Sakit Puri Asih dan Rumah Sakit Ananda) untuk membandingkan sejauh mana tingkat pemberlakuan tarifnya.

- h. Mendapatkan gambaran perkiraan penerimaan dan pengeluaran Ruang Paviliun, sehingga dapat diprediksikan mensubsidi biaya operasional RSU.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi BPRSUD Kota Salatiga: diharapkan dapat bermanfaat sebagai bahan advokasi kepada Pemerintah Daerah dalam pertimbangan pengambilan keputusan tarif kelas VVIP dan VIP.
2. Bagi Pemerintah Daerah Kota Salatiga :Memberi gambaran kepada Pemerintah Daerah sejauh mana pembiayaan itu dibutuhkan untuk operasional dan peningkatan pelayanan kesehatan pada BPRSUD Kota Salatiga agar dapat mencapai mutu yang diharapkan,serta memberikan kepuasan baik bagi *provider* maupun *costumer*.
3. Bagi Akademik: dapat memberi masukan bagi peneliti berikutnya tentang analisis penetapan tarif sebelum RS beroperasi! pada RS lain.
4. Bagi peneliti sendiri: memperluas pengetahuan dan pengalaman dalam menganalisis tarif pelayanan rawat inap kelas VVIP dan VIP.
5. Manfaat bagi masyarakat memperoleh tarif yang sesuai dengan kualitas layanan yang disajikan.

F. Ruang Lingkup

1. Lingkup waktu :Penelitian ini dilakukan mulai dari pembuatan proposal sampai ujian tesis yang dimulai bulan januari 2004
2. Ruang lingkup tempat : BPRSUD Kota Salatiga

3. Ruang lingkup materi : Pengembangan layanan VVIP dan VIP dengan tetap mempertahankan mutu pelayanan, dengan menggunakan *Real cost*, *Break Even Point*, analisis kelayakan ekonomis agar dapat mencapai *revenue centre* sehingga dapat menciptakan efisiensi pemanfaatan rumah sakit.
4. Lingkup sasaran : Memprediksi tingkat hunian, fasilitas layanan yang sering diberikan, menghitung biaya total yang dibutuhkan seta menentukan tarif layanan pada klas VVIP dan VIP agar dapat mencapai *revenue centre* sehingga dapat meningkatkan efisiensi pemanfaatan BPRSUD Kota Salatiga .
5. Lingkup masalah : Masalah dibatasi pada penentuan tarif yang layak untuk klas VVIP dan VIP agar dapat mencapai *revenue centre* sehingga dapat menciptakan efisiensi BPRSUD Kota Salatiga.

6. Lingkup metode

Data dikumpulkan dengan deskriptif observatif, wawancara mendalam, pengumpulan data sekunder serta benchmarking.

G. Keaslian Penelitian

Sepanjang pengetahuan penulis, penelitian yang sering dianalisis adalah analisis biaya pelayanan Rumah Sakit dengan sarana yang sudah tersedia dan sudah pernah operasional. Sedang yang diteliti penulis adalah sarana yang sudah lengkap, tapi belum pernah operasional. Adapun penelitian yang pernah dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Ratmanti (2002)., melakukan penelitian biaya satuan setiap klas perawatan untuk menentukan tarif yang realistis. di Ruang Pavillium Cendana RSUD Dr. Muwardi Surakarta. Fasilitas tersebut sudah operasional beberapa tahun, namun dalam penetapan tarifnya masih menggunakan cara tradisional, maka dilakukan penelitian yang sifatnya *riil cost* sesuai aktivitas layanan yang diberikan, dengan metode *Activity Based Costing*.²⁴
2. Sutomo (2003), melakukan penelitian analisis keputusan investasi rawat inap bangsal super VIP RSUD Pandang Arang. Adapun sarana tersebut sudah pernah dioperasikan 1 tahun yang lalu. Adapun caranya menggunakan *Discounted Cash Flows* atau metode *Internal rate of return* (IRR) yang membuat Net Present Value menjadi 0. IRR juga dianggap sebagai tingkat keuntungan atas infestasi bersih. Rumus IRR tidak dapat dipecahkan secara langsung, namun dapat dicoba (trial and error) dari beberapa nilai yaitu dipilih nilai discount rate yang dianggap dekat denmgan nilai IRR yang benar, lalu dihitung NPVnya pada arus benefid dan biaya. Jika hasil NPV tadi negatif, berarti nilai percobaan terlalu tinggi dan jika nilai percobaan positif, berarti terlalu rendah. Cara tersebut dilakukan berulang-ulang, sampai ditemukan tingkat bunga yang sama antara nilai sekarang dengan nilai sekarang investasi. Pada tingkat bunga yang sama inilah besarnya IRR dapat dihitung²⁵.

Sedang yang kami teliti adalah analisi biaya dan tarip pelayanan rumah sakit umum Kota Salatiga, dimana sarana gedung, peralatannya sudah tersedia tetapi belum operasional. Kemudian dilakukan analisis sensitivitas berupa analisis stakeholder, analisis Benchmarking, analisis konsumen setra dipadukan dengan kebijakan pemerintah saat ini.

H. Keterbatasan Penelitian

Analisis ini baru ditinjau dari aspek keuangan saja, yang bersifat kuantitatif. Karena layanan pada kelas tersebut belum operasional, maka dat-data riil belum ada. Sehingga menggunakan estimasi BOR pada kelas tertinggi pada tahun 2003. Namun dengan keterbatasan penulis, maka untuk mengetahui kesesuaian tarif dengan mutu layanannya atau secara kwalitatip maka penulis dengan segala keterbatasan menggunakan cara survey wawancara mendalam pada pasien yang pernah opname di ruang VIP RS pesaing tentang pemanfaatan layanan serta pada *stakeholder*.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rumah Sakit

Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialistik dan subspecialistik, seperti yang tertera dalam SK Menteri RI No. 983/ Menkes / SK/ XI / 1992. Rumah sakit ini mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tugasnya adalah melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasilguna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan. Untuk itu rumah sakit umum perlu mempunyai fungsi pelayanan medis, penunjang medis, pelayanan dan asuhan keperawatan, rujukan, pendidikan dan pelatihan, penelitian dan pengembangan serta menyelenggarakan administrasi umum dan keuangan.⁴

Dalam menghadapi era globalisasi sekarang ini, berbagai tantangan tentu akan dihadapi oleh rumah sakit di Indonesia termasuk juga Badan Pengelolaan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga ini. Menurut Hidayat Harjoprawito dalam makalahnya pada kongres PERSI VII, 1996, menyampaikan bahwa bentuk nyata globalisasi perumahan-sakitan dapat berupa rumah sakit sebagai bagian dari jaringan atau korporasi global, rumah sakit akan melayani konsumen global atau konsumen yang berselera global, rumah sakit akan banyak

mempekerjakan pekerja global serta sebagai penjual jasa berbasis pengetahuan dan teknologi tinggi.⁶

Menurut PP No 40/ 2001 rumah sakit umum daerah (RSUD) dapat berbentuk LPTD (Lembaga Pelaksana Teknis Daerah) atau BUMD (Badan Usaha Milik Daerah). Faktor-faktor yang mendorong perubahan status RSU(Rumah Sakit Umum) menjadi Rumah Sakit Perjan antara lain, perubahan fungsi rumah sakit dari fungsi sosial menjadi "industri jasa", berkurangnya kemampuan keuangan Pemerintah untuk mensubsidi pelayanan kesehatan, pengelolaan rumah sakit swadana yang tidak lagi berjalan akibat adanya undang-undang PNB (Penerimaan Negara Bukan Pajak) ,dan perkembangan Paradigma Sehat. Dengan perubahan tersebut diharap rumah sakit mendapat otonomi tanpa meninggalkan "fungsi sosialnya". Menurut peraturan yang berlaku yaitu UU No 9/69 tentang BUMN (Badan Usaha Milik Negara) dan PP6/2000 tentang Perjan, merupakan badan usaha yang "modalnya" dimiliki oleh Pemerintah, tidak semata-mata mencari keuntungan dan masih dapat menerima bantuan atau subsidi dari pemerintah.¹

Alasan diatas menurut Thabrany tidak mengakomodasi ciri khusus pelayanan kesehatan dan sesuai tidaknya pelayanan kesehatan dikelola oleh sebuah perusahaan. Istilah "fungsi sosial" bagi rumah sakit pemerintah sama sekali tidak tepat, karena memang pemerintah berkewajiban menyetatkan dan mensejahterakan rakyat. Tampaknya Indonesia telah menciptakan "keajaiban dunia kedelapan" dengan menjadikan rumah sakit pemerintah sebagai perusahaan yang "tidak semata-mata mencari keuntungan", tentu saja ini tidak sama dengan "tidak mencari keuntungan" atau *not for profit* . Seorang pakar

perumahsakitannya mengatakan bahwa kebijakan transformasi RSUP menjadi Rumah Sakit Perjan adalah suatu "kebijaksanaan finansial" bukan kebijakan kesehatan.⁸

Sebenarnya yang diperlukan adalah otonomi manajemen rumah sakit. Baik manajemen personal, keuangan, pengadaan dan sebagainya. Rumah sakit Pemerintah yang terkait dengan sistem akuntabilitas departemen dan pegawai negeri memang tidak lentur. Tetapi bentuk otonomi dapat dicari sesuai dengan visi dan misinya, misalnya "*PublicEnterprise*" menurut Gani.⁹

Apapun namanya, prinsip dasarnya adalah otonomi. Direksi mempunyai kewenangan, didalam koridor peraturan perumahsakitannya, untuk mengelola sepenuhnya sumberdaya keuangan maupun sumberdaya manusia yang ada. Rumah Sakit harus tetap dikelola sebagaimana layaknya suatu perusahaan, minus "bukan mencari keuntungan". Pemerintah akan "membeli" pelayanan tersebut melalui *global budget* atau *block grant* atau melalui jumlah *output* tertentu sebagai pertanggungjawaban pemerintah atas tugas publik bagi rakyatnya. Apabila penerimaan rumah sakit dari pelayanan tidak memadai, maka pemerintah harus memberikan dana dalam bentuk uang tunai, biaya operasional, pengadaan gedung, alat atau tanah. Ini sesuai dengan UUD 1945 pasal 34 ayat 2 dan 3. Apabila ada sisa anggaran lebih, maka sisa dana dapat dijadikan cadangan untuk kasus-kasus yang tidak terbayar, *bed debt* dari orang yang tidak mampu membayar, peningkatan kesejahteraan karyawan atau untuk pengembangan rumah sakit. Karena sifatnya nirlaba, maka pemerintah tidak menarik pajak penghasilan badan dan tidak mengambil *dividen*. *Dividen* yang diterima pemerintah adalah dalam bentuk rakyat yang sehat dan produktif yang pada akhirnya dapat bekerja menghasilkan uang. Dari hasil kerja inilah

pemerintah dapat menarik pajak pada perorangan. Inilah mekanisme yang paling tepat dan umum berlaku diseluruh dunia.^{3,8}

Tantangan yang dihadapi RSUD

Sejak lama RSUD menghadapi berbagai tantangan dalam melaksanakan fungsinya sebagai rumah sakit milik pemerintah, antara lain RSUD mempunyai kewajiban untuk melayani penduduk miskin, diharapkan responsif terhadap tuntutan segmen masyarakat yang mampu dengan pelayanan yang bermutu, sudah terlibat dalam persaingan dengan rumah sakit lain dalam menangkap potensi pasar dan memperebutkan sumberdaya manusianya, mengikuti perkembangan teknologi, inflasi ekonomi ,inflasi *input* kesehatan, persaingan global.Tantangan-tantangan diatas makin hari makin besar intensitasnya. Kalau rumah sakit umum daerah tidak bisa mengatasinya, suatu saat bisa terlikuiditas atau bertahan dalam wujud morat-marit berkepanjangan. Adalah suatu ironi bahwa investasi pemerintah dan rakyat yang begitu besar dalam membangun jaringan pelayanan rumah sakit di tingkat kota akhirnya hanya mendapat peran marginal dalam sistem pelayanan kesehatan nasional.³

Selama ini secara keseluruhan anggaran rumah sakit umum daerah tidak mencerminkan keseimbangan antara (a) anggaran Investasi, (b) anggaran operasional, (c) anggaran pemeliharaan. Dalam bahasa akuntansi dan pembiayaan suatu fungsi produksi, apapun kegiatan produksi tersebut, selalu diperlukan keseimbangan antara biaya investasi,biaya operasional, dan biaya pemeliharaan. Ketidakseimbangan biaya inilah yang sering menyebabkan banyaknya fungsi-fungsi produksi dalam sistem pelayanan kesehatan pemerintah

yang tidak bisa efektif. Karena sistem pembiayaan yang bersifat top- down dan terfragmentasi, maka perencanaan anggaran menjadi sulit dilakukan. RSUD sulit mengetahui berapa besar Total Financial Requirement (TFR) yang diperlukan.

Adapun elemen –elemen TFR tersebut meliputi:

1. Biaya menjalankan kegiatan rumah sakit sehari-hari (*cost of doing bussines*), yang termasuk biaya gaji, obat dan bahan, piutang tak tertagih, pajak, dan lain-lain.
2. Biaya untuk mempertahankan kesinambungan kegiatan rumah sakit (*cost of staying in bussiness*), termasuk biaya pemeliharaan barang modal atau sarana rumah sakit.
3. Biaya untuk meningkatkan kegiatan atau produksi rumah sakit (*cost of changing business*), termasuk biaya investasi baru, biaya pemasaran untuk bersaing dan menangkap peluang pasar yang ada.
4. Biaya untuk mempertahankan modal yang ada atau menarik modal (*cost of attracting and holding capital*) seperti pembayaran bunga, cicilan dan lain-lain.

Masalah lain dalam sistem pembiayaan rumah sakit adalah sistem akuntansi yang bersifat *cash basis*, sehingga tidak bisa dibuat neraca keuangan RSUD tersebut. Tidak ada yang tahu berapa besar defisit atau surplus keuangan. Dalam manajemen usaha yang baik, seharusnya rumah sakit juga melaksanakan neraca harian, mingguan, bulanan dan tahunan. Kemudian diakhir tahun dilakukan analisis keuangan yang menghasilkan informasi tentang kinerja keuangan seperti likuiditas, solvabilitas dan rentabilitas keuangan. Sebetulnya sistem akuntansi akrual sudah diperkenalkan sejak konsep Rumah Sakit Unit Swadana pada

dekade 1990, namun karena otonomi rumah sakit masih sangat terbatas, sulit menerapkan sistem tersebut dalam praktek.³

C. Filosofi dan Nilai Dasar Tentang Pelayanan Rumah Sakit

Untuk masa depan, semua kendala-kendala tersebut harus disingkirkan agar rumah sakit pemerintah dapat menghadapi tantangan tersebut. Perubahan harus dilakukan secara terencana, sistematis dan terjadwal. Dalam melakukan perubahan, harus dipegang bahwa industri perumahan-sakitan sangat sarat dengan norma dan nilai yang *inheren* dalam upaya pembangunan kesehatan. Secara universal, ada beberapa norma dan nilai yang diakui harus mewarnai kegiatan yang berkaitan dengan pelayanan rumah sakit, antara lain meliputi:

1. Kesehatan adalah hak azasi manusia.
2. Kesehatan adalah suatu investasi. Artinya semua *stakeholder* kesehatan harus melakukan investasi sesuai kemampuannya, yaitu pemerintah, perusahaan swasta dan masyarakat.
3. Secara historis, rumah sakit adalah suatu lembaga kemanusiaan, yaitu tempat dimana orang sakit mendapat perawatan, keramah-tamahan, dan empati.
4. Rumah Sakit tidak boleh mengambil keuntungan dengan mengorbankan penduduk miskin.
5. Namun rumah sakit adalah juga suatu organisasi usaha yang memerlukan sumberdaya dan pembiayaan yang realis. Setiap produk (*output*) memerlukan masukan (*input*) yang cukup dan relevan.

6. Pelayanan kesehatan bukanlah barang homogen yang semuanya bersifat barang sosial (*public goods*) atau semua bersifat barang komersial (*private goods*).
7. Tugas pokok pemerintah adalah menjamin pembiayaan pelayanan atau program kesehatan yang bersifat public goods dan membiayai penduduk miskin.
8. Akhir-akhir ini ada juga yang berpendapat bahwa rumah sakit milik pemerintah juga boleh menangkap permintaan akan pelayanan kesehatan yang bersifat *private goods* dengan prinsip-prinsip bisnis komersial.
9. Rumah Sakit adalah elemen esensial dalam jaringan atau sistem pelayanan kesehatan yang bersifat holistik dan komprehensif. Artinya dalam suatu wilayah, rumah sakit adalah bagian dari jaringan pelayanan kesehatan primer, sekundair dan tertier yang menyelenggarakan pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.^{3,8}

D. Mutu pelayanan Rumah Sakit

Rumah sakit adalah salah satu jenis industri jasa, dalam hal ini jasa kesehatan yang menjual "servis" selain tentunya menjual fasilitas fisik yang nyaman, yaitu klas VIP.

Ciri khas RS yang membedakan dengan industri jasa lainnya adalah :^{3,4}

1. "Bahan baku" dari industri jasa kesehatan adalah manusia. Seyogyanya tujuan utamanya adalah melayani kebutuhan manusia, bukan semata-mata menghasilkan produk dengan proses dan biaya yang seefisien mungkin.

Unsur manusia perlu mendapat perhatian dan tanggung jawab utama pengelola RS.

2. Yang disebut sebagai pelanggan (*Customer*) tidak selalu mereka yang menerima pelayanan. Pasien adalah mereka yang diobati di rumah sakit. Akan tetapi, kadang-kadang bukan mereka sendiri yang menentukan RS mana mereka harus dirawat, tetapi bisa ditentukan oleh perusahaan tempat mereka bekerja (ditentukan oleh kebijaksanaan kantornya/perusahaan asuransi), atau para dokter yang praktek disekitar RS. Selain itu jenis tindakan medis yang dilakukan dan pengobatan yang diberikan juga tidak tergantung pada pasiennya, tetapi tergantung dari dokter yang merawat.
3. Kenyataan menunjukkan bahwa pentingnya peran para profesional, termasuk dokter, perawat, ahli farmasi, ahli gizi dll yang cenderung sangat otonom. Tidak jarang misi kerjanya tidak sejalan dengan misi kerja manajemen organisasi secara keseluruhan. Standar profesi yang dianut biasanya mengacu pada organisasi profesi yang ada dan bukan tidak mungkin perlu disesuaikan lagi dengan standar yang dianut di rumah sakit dengan kekhasannya. Menurut William Anlyan (2002), sebagaimana tercantum dalam buku *Essential of Management* menyatakan bahwa hubungan antara dokter dengan rumah sakit adalah hubungan simbiosis. Oleh karena itu, tentunya perlu dipelihara dengan baik, karena akan banyak mempengaruhi mutu dan servis pelayanan yang sangat dibutuhkan untuk layanan kelas VIP. ²
4. Perlunya pengenalan segmen pasar dengan baik untuk kelasVIP maupun VIP. Segmentasi pasar ini dapat ditentukan berdasarkan status sosio-ekonomik, demografik, psikografik, geografik dan gaya hidup

Dalam meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit perlu memperhatikan hal berikut :⁹

1. *Reliability* : kemampuan untuk memberikan jasa secara handal dan akurat.
2. *Assurance* : Pengetahuan, keahlian dan sikap karyawan dan kemampuan mereka untuk dapat dipercaya dan dihandalkan.
3. *Emphaty* : Pemberian perhatian atau berempati pada masing – masing konsumen.
4. *Tangibles* : Penampilan fisik, peralatan, pegawai dan alat komunikasi.

Untuk mencapai mutu yang diharapkan maka tidak terlepas dari kegiatan manajemen sumber daya manusianya. Dalam buku *The Well Managing Community Hospital* menyatakan bahwa kegiatan manajemen sumber daya manusia di rumah sakit meliputi perencanaan, *maintenance*, kompensasi dan mengatasi masalah hukum sehubungan dengan tenaga kerja, misalnya dalam proses seleksi tenaga perawat harus betul–betul ditujukan pada segi kompetensinya, penilaian gaji dan masalah imbalan lainnya harus sesuai dengan kondisi yang ada dan sebanding dengan kinerjanya. Pada awal kegiatan operasional kelas baru ini , sangat perlu diperhatikan dan merupakan langkah awal yang harus dipersiapkan dengan matang agar mencapai mutu pelayanan yang diharapkan. Munculnya kamar kelas VVIP dan VIP tidak akan memberi nilai positif bila tidak dibarengi dengan mutu servis yang terjamin.¹⁰

Upaya penilaian dan peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pelayanan sehari-hari di rumah sakit itu sendiri. Semua pihak terkait di dalam rumah sakit, mulai dari manajer, para dokter, sampai profesional lainnya serta para staf pada umumnya perlu menyadari kenyataan itu.^{2,11}

E. Segmen Pasar Rumah Sakit Masa Mendatang

Seperti pada umumnya kita ketahui bahwa segmen pasar rumah sakit terbagi dua yang dikenal dengan *two tiers level*, yaitu segmen pasar menengah kebawah dan segmen pasar menengah keatas. Menurut Kaplan dan Norton, pada segmen pertama menengah kebawah, pasien pada umumnya memutuskan untuk datang berobat ke rumah sakit semata-mata karena pertimbangan biaya (*price-driven*), namun demikian segmen tersebut tetap sangat memerlukan pelayan dengan kualitas standar. Segmen kedua yaitu menengah keatas yang memutuskan datang berobat ke rumah sakit bukan semata-mata karena pertimbangan biaya, akan tetapi ingin mendapatkan kualitas yang tinggi dan ingin mendapatkan pelayanan yang bernilai (*value –added*).

Menurut beberapa pakar bisnis, seseorang memutuskan untuk berobat ke rumah sakit tertentu, berdasarkan tiga kriteria yaitu pertama karena membutuhkan bantuan berdasarkan fungsi rumah sakit (*function*) dengan biaya yang murah. Kedua, pelayanan fungsi dengan servis yang memuaskan (*service*). Dan ketiga, menginginkan pelayanan fungsi sesuai fungsi rumah sakit, ditambah kesan yang mendalam (*experience*), biasanya pasar ini berada pada ceruk pasar (*nyche market*).¹²

Cara terbaik dalam menyusun rencana bisnis adalah dengan menggunakan pendekatan *Balanced Scorecard*, yang melihat empat perspektif yaitu perspektif keuangan (*finance*), pelanggan (*customer*), proses bisnis internal (*internal business process*), dan pembelajaran serta pengembangan (*learning and growth*). Penyusunan rencana bisnis adalah titik awal; pembelajaran dan pengembangan SDM di rumah sakit. *Personil steering commite* dan *resource*

group akan memulai meningkatkan daya saing rumah sakit agar mampu meraih peluang pasar. SDM yang berfikir strategis perlu dilengkapi dengan kemampuan untuk menyusun prosedur dan melaksanakan proses pelayanan secara maksimal sesuai standar, memikirkan cara untuk memuaskan pelanggan dan cara untuk meningkatkan pendapatan serta menekan pembiayaan yang sesuai dengan yang seharusnya dikeluarkan (*cost effectiveness*). Dan pada akhirnya akan meningkatkan ROI rumah sakit secara keseluruhan. ⁹

F. Pengertian tarif

Pengertian tarif tidak sama dengan harga, sekalipun keduanya menunjukkan pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh konsumen, tetapi pengertiannya lebih terkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh jasa pelayanan. Sedangkan pengertian harga lebih terkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh barang. ⁹

Tujuan penetapan tarif di rumah sakit pada umumnya adalah sebagai berikut
.13

1. Cost recovery

Adalah tingkat sejauh mana pendapatan rumah sakit dapat menutupi biaya operasional maupun biaya yang dikeluarkan. Pada rumah sakit pemerintah yang disubsidi, maka pendapatan dari penderita diharapkan hanya mencapai pada tingkat *cost recovery* tertentu.

2. Subsidi silang

Tujuan lain dari penetapan tarif adalah untuk menyeimbangkan penggunaan pelayanan bagi masyarakat ekonomi lemah. Hal ini penting mengingat kondisi masyarakat dalam kemampuan ekonomi masih sangat heterogen. Penetapan tarif secara unit cost dari kelas perawatan jelas mengungkapkan kemauan dan kemampuan pasien membayar.

3. Maksimalisasi penggunaan layanan

Tujuan penetapan tarif adalah untuk mendapatkan sebanyak mungkin pengguna jasa. Dalam mencapai tujuan ini maka tarif kadang-kadang ditekan serendah mungkin. Pada jenis pelayanan tertentu dimana mempunyai tarif pelayanan yang rendah dianggap mempunyai mutu yang rendah pula. Sehingga tarif yang rendah belum tentu akan meningkatkan pengguna pelayanan, tetapi dapat menurunkan utilitas.

4. Maksimalisasi pendapatan

Pendapatan yang dimaksud adalah pendapatan rumah sakit dari pembayaran pasien. Apabila tarif yang berlaku lebih tinggi dari pembayaran (*Unit cost*), maka maksimalisasi pendapatan juga berarti maksimalisasi surplus yang berdampak lebih baik bagi rumah sakit untuk menutup biaya tetap.

5. Minimalisasi penggunaan layanan

Tarif dapat ditentukan dengan tujuan agar hanya sedikit mungkin pasien menggunakan jasa pelayanan yang ditawarkan.

6. Menciptakan surplus

Surplus adalah selisih antara pendapatan dan pengeluaran, sering dikenal sebagai keuntungan. Surplus tidak bertujuan untuk menarik keuntungan

dari orang sakit. Perkembangan pengelolaan rumah sakit sebagai unit swadana, surplus digunakan sebagai cadangan untuk biaya operasional dan investasi dimasa mendatang untuk mengimbangi kebutuhan finansial dimasa-masa sulit. Surplus bagi rumah sakit pemerintah dapat pula diperuntukkan untuk subsidi silang.

Pada penetapan tarif tersebut, ada beberapa faktor yang perlu dipertimbangkan, antara lain : ¹²

1. Jenis pelayanan yang beraneka ragam, sehingga analisis biaya dan penetapan tarifnya semakin rumit.
2. Merupakan perpaduan motivasi sosial dan ekonomi sekaligus.
3. Perlunya diketahui biaya satuan (*unit cost*) masing-masing pelayanan kesehatan dari perhitungan analisis biaya.
4. Untuk menaikkan tarif, lebih tepat dikenakan pada kondisi *demand/* pembelian yang tinggi. Ini dapat diketahui tingkat utilisasi pelayanan.
5. Perlunya diketahui ATP (*Ability To Pay*) dan WTP (*Willingness To Pay*) dan *consumer's surplus* untuk mengetahui kemampuan dan kemauan pembeli dari masyarakat
6. Kebijakan dan kemampuan subsidi dari pemerintah.
7. Besarnya surplus (*profit*) yang direncanakan, agar rencana institusi untuk meningkatkan pelayanan termasuk meningkatkan sarana / fasilitas pelayanan, menambah insentif bagi pegawai bisa dibiayai.
8. Tarif dan mutu pelayanan pesaing

Tarif rumah sakit pemerintah umumnya mempunyai tingkat pemulihan biaya yang rendah. Kelas utama digunakan untuk masyarakat yang mampu, sehingga apabila tingkat pemulihan biayanya rendah, berarti masyarakat tingkat atas

tersebut menerima subsidi oleh pemerintah. Penetapan tarif secara sederhana dilakukan dengan menghitung seluruh biaya ditambah dengan keuntungan (*full cost pricing*). Langkah utama yang harus dikerjakan adalah melakukan analisis biaya yang dibutuhkan, sedangkan teknik penetapan tarif ini mengabaikan permintaan.¹⁴

Menurut Coltman dalam *Hospitality Management Accounting*, teori penentuan harga menyarankan bahwa kamar hotel, makanan dan minuman harus dihargai untuk memaksimalkan keuntungan. Alasan dibalik teori ini bahwa keuntungan ini sejalan dengan penyediaan investor atas investasi mereka karena produknya dihargai dengan tepat. Ada sejumlah metode yang berbeda digunakan untuk menentukan harga yaitu :^{5,15}

1. Metode *Intuitive*: metode ini tidak memerlukan pengetahuan bisnis, atau penelitian tentang biaya, keuntungan, harga, kompetisi dan pasar. Pembuat hanya menganggap bahwa harga yang dibuat sudah tepat karena pelanggan mau membayar. Metode ini tidak mempunyai kelebihan. Kekurangan metode ini yaitu harga yang dipasang tidak berhubungan dengan keuntungan
2. Metode Kebiasaan (*Rule-of-Thumb Method*): Metode ini yaitu restoran harus memasang harga 2,5 x harga makanan untuk mencapai 40% biaya penjualan). Memiliki validitas namun seharusnya tidak digunakan saat ini, karena tidak memperhatikan pasar.
3. Metode uji Coba: Dengan metode uji coba harga dipasang tinggi dan rendah untuk melihat efek penjualan dan keuntungan, ketika keuntungan nampak maksimal, maka harga ditetapkan pada level ini. Namun metode ini mengabaikan fakta variabel lain (seperti kondisi ekonomi; musim

permintaan dan kompetisi) yang mempengaruhi penjualan dan keuntungan terpisah dari harga. Metode ini bisa membingungkan pelanggan selama periode tes harga.

4. Metode Potong Harga : terjadi ketika harga diturunkan dibawah kompetisi. Sangat beresiko jika mengabaikan biaya, karena jika biaya lebih tinggi dari harga, maka keuntungan akan hilang. Jika pencapaian bisnis dilakukan pesaing, mereka terpaksa juga mengurangi harga, maka perang harga akan terjadi
5. Metode Harga tinggi : metode ini memasang harga lebih tinggi dari pesaing dan menggunakan produk yang berbeda, menekankan kualitas yang sesuai dengan harga. Namun demikian apabila tidak hati-hati dalam menggunakan strategi ini, maka pelanggan akan berpindah tempat lain, ketika pelanggan menyadari bahwa harga tinggi dan kualitas tinggi tidak sejalan,
6. Metode Kompetitif : berarti memasangkan harga terhadap kompetisi dan kemudian membedakannya dalam beberapa wilayah seperti lokasi, suasana dan faktor non harga lainnya. Ketika ada satu pengelola yang dominan dipasar yang memimpin harga, pesaing dekatnya memasangkan penurunan dan kenaikan, metode ini dikenal metode ini dikenal dengan Metode Mengikuti sang pemimpin. Harga yang kompetitif cenderung meyakinkan bahwa tidak ada pemotongan harga dan hasilnya mengurangi keuntungan. Ada stabilitas harga pasar, metode ini sangat berguna dalam tempo singkat. Namun demikian jika persaingan harga digunakan tanpa pengetahuan perbedaan yang ada (produk dan biaya) antara satu dan yang lainnya, metode ini bisa beresiko.

7. Metode Penaikan Harga : Ini digunakan misalnya ketika prosentase biaya makanan tradisional restoran dipakai untuk menentukan harga menu yang ditawarkan. Misalnya jika biasanya restoran telah menetapkan harga makanan 40%, menu lain juga akan ditetapkan 40%, masalah utama metode ini adalah anggapan bahwa angka 40% yang dianggap tepat untuk mencapai keuntungan yang diinginkan. ⁵

G. Konsep Penilaian Customer sebagai Faktor Penentu

Ada berbagai faktor yang mempengaruhi customer dalam menggunakan produk/ jasa yang dipilih. Faktor ini meliputi: *macro environment*, karakteristik *customer*, proses penggunaan dan hubungan dengan pemasok. Mereka membelinya karena mereka tahu produk itu dapat berguna bagi mereka. Perilaku seseorang dalam pembelian suatu produk/ jasa bergantung dari bagaimana keyakinannya tentang hasil akhir produk itu bagi dirinya. Mereka akan menimbang untung ruginya menggunakan produk/ jasa ini. Penilaian untung rugi ini dapat bersifat subyektif, berubah dalam perjalanan waktu sesuai dengan kebutuhan dan standar yang juga berkembang. Jadi tidak ada nilai yang sepenuhnya "absolut". Kebutuhan tiap *customer* juga sebenarnya berbeda satu sama lainnya, dan ini disebut sebagai *idiosyncratic nature*. Hal ini menyebabkan manajer perlu mengetahui segmen pasar dengan baik. Juga perlu konsep *organizational value*, dimana *customer* kita adalah suatu organisasi yang tentunya lebih kompleks masalahnya daripada customer perorangan. Belum lagi perlu pula dinilai *cultural value* di dalam suatu organisasi yang akan mempengaruhi sikap dan perilaku para anggota organisasi. Menurut Robinson,

Faris dan Wind (1967) membagi situasi pembelian pada beberapa kemungkinan, yaitu : ^{4,16}

1. *New task*, dimana organisasi membeli suatu barang yang sebelumnya belum pernah *digunakan*
2. *Modified rebuy*, dimana barang/jasa yang dibeli digunakan untuk mengganti/ memperbaiki yang sekarang dipakai
3. *Straight rebuy*, dimana barang/jasa yang dibeli adalah yang sekarang sudah digunakan.

Tentu saja tidak semua pembeli harus menjalani berbagai proses pemikiran seperti diatas, apalagi mereka telah mengenal barang/ jasa, dalam hal ini layanan kelas VVIP dan VIP. Semua proses dapat disederhanakan, keputusan dapat juga hanya bersifat *binary*, ya dan tidak, sehingga lebih sederhana. Mereka juga dapat melakukan pemilihan berdasarkan prioritas yang mereka buat sendiri. Pengenalan terhadap produk/ jasa serta bagaimana besar peran produk/jasa itu dalam kehidupan juga akan mempengaruhi proses pemilihan dan pembelian. Makin sesuai produk/ jasa itu dengan kebutuhan customer, maka makin tinggi nilai customer terhadap barang/ jasa itu. Konsep penilaian customer akan mempengaruhi customer dalam memilih suatu produk / jasa, menentukan kriteria kepuasan penggunaannya serta tindak lanjut dari pembelian itu sendiri (membeli kembali, mengeluh, menceritakan pada orang lain). Jadi hal ini harus diperhatikan oleh manajer bila akan mengembangkan layanan baru klas VIP dan VVIP. ⁴

Dilihat dari manfaat suatu barang/ jasa memuaskan kebutuhan maka ada 2 pendekatan teori perilaku konsumen, yaitu:

1. *Cardinal utility* : teori ini menganggap bahwa guna suatu barang/ jasa dapat di ukur dan konsumen berusaha memaksimalkan kepuasan. Hukum

Gossen I : bila barang/ jasa dibeli berkali-kali dalam waktu yang sama, maka guna tambahannya akan berkurang, sedang hukum Gossen II: yaitu meratakan guna tambahan.

2. *Ordinal utility* : teori ini beranggapan bahwa kepuasan tak dapat diukur tetapi beranggapan bahwa konsumen berusaha untuk memaksimalkan kepuasan.

Untuk mengetahui pola pemanfaatan pelayanan kesehatan oleh konsumen, ada beberapa teori demand pelayanan kesehatan ,yaitu menurut:

1. Alan Sorkin (1976) dimana demand Pelayanan Kesehatan dipengaruhi oleh *Need* (kebutuhan antara lain misalnya rasa sakit fisik/ psikis, pandangan individu terhadap " sehat-sakit ". Hal ini dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, pekerjaan , pendapatan, pilihan dengan pertimbangan harga/ tarif, jarak tempat, waktu pelayanan dan kondisi pelayanan.
2. Paul J. Feidstein, menurutnya demand Pelayanan Kesehatan (Kuratif) dipengaruhi oleh Needs yaitu Insiden penyakit, karakteristik demografi dan sosial budaya, serta faktor ekonomi (Pendapatan, harga/tarif, nilai waktu untuk mendapatkan pelayanan)
3. John S. Akin et all (1985), bahwa demand Pelayanan Kesehatan dipengaruhi oleh *Need (evaluated and perceived needs)*, harga Pelayanan Kesehatan (tarif,biaya lain, biaya transport),harga barang jasa lain (mengganti atau melengkapi) pendapatan, alokasi waktu untuk mendapatkan layanan, pendidikan dan pengetahuan, serta faktor-faktor lain.
4. Heggenugen & Clement (1987), dikatakan bahwa demand Pelayanan Kesehatan (*preventive*) dipengaruhi oleh karakteristik sistem Pelayanan

Kesehatan serta karakteristik target populasi antara lain sosio ekonomi, mobilitas dan hubungan masyarakat, sikap dan kepercayaan.

5. Leslie & Gupta (1999) mengatakan bahwa demand Pelayanan Kesehatan (Promotive) dipengaruhi faktor pelayanan kesehatan, antara lain ketersediaan dan keterjangkauan, kemampuan menggunakan sarana Pelayanan Kesehatan, kualitas pelayanan. Pengaruh selanjutnya adalah faktor pengguna Pelayanan Kesehatan (masyarakat) antara lain tentang umur dan parietas, pendidikan dan pengetahuan, tingkat sosio ekonomi, kultural dan sikap, faktor waktu yang kompetitif.

H. Manajemen Biaya Rumah Sakit

Pengertian biaya adalah nilai suatu pengorbanan untuk memperoleh suatu hasil/ tujuan tertentu. Pengorbanan dapat berupa uang, barang, tenaga, pikiran, waktu dan kesempatan. Merupakan nilai uang dari sejumlah input (faktor produksi) yang dipakai untuk menghasilkan suatu barang/ jasa. Ada beberapa jenis penggolongan biaya yang harus diketahui. Berdasarkan pengaruhnya terhadap perubahan skala produksi, biaya dibagi menjadi:

1. Biaya tetap (*Fixed Cost=FC*): merupakan biaya untuk faktor produksi tetap, yang secara relatif tak dipengaruhi oleh besarnya jumlah produksi dan tetap harus dikeluarkan terlepas apakah pelayanan diberikan. Contohnya nilai rupiah gedung, kendaraan, peralatan kedokteran, tanah.
2. Biaya variabel (*Variable Cost= VC*): adalah volume biaya yang dipengaruhi oleh banyaknya produksi/ pelayanan. Biaya ini sering disebut biaya rutin karena volumenya dapat direncanakan secara rutin., contoh

biaya obat, makanan, Alat tulis kantor, pemeliharaan. Biaya gaji merupakan *semi variable cost*.

3. Biaya Total(*Total Cost = FC+VC*): adalah jumlah biaya tetap dan biaya variabel

Sedang berdasarkan lama penggunaannya, biaya dibagi menjadi:

1. Biaya investasi : adalah biaya yang kegunaannya dapat berlangsung untuk waktu yang lama (biasanya lebih 1 tahun).Hampir sama dengan biaya tetap. Contohnya biaya pembangunan gedung, pembelian mobil, peralatan besar.
2. Biaya operasional : adalah biaya untuk melaksanakan proses produksi dan bersifat habis pakai dalam waktu relatif singkat (biasanya kurang dari 1 tahun)

Berdasarkan kaitannya dengan biaya satuan (*Unit Cost*), dibagi menjadi:

1. Biaya langsung :adalah biaya yang berkaitan langsung dengan pelayanan kepada konsumen / pasien. Ditempatkan pada unit-unit pelayanan konsumen (unit produksi).Contohnya semua biaya yang dikeluarkan oleh unit rawat jalan, rawat inap, laboratorium, kamar operasi, *rontgen*.
2. Biaya tak langsung: merupakan biaya yang tidak berkaitan langsung dengan pelayanan kepada konsumen/ pasien. Ditempatkan pada unit-unit penunjang pelayanan. Sebagai contoh : semua biaya yang dikeluarkan oleh bagian administrasi dan keuangan, rekam medis, instalasi gizi, *laundry*, sanitasi rumah sakit

Didalam biaya langsung atau tidak langsung masih bisa dikelompokkan menjadi biaya investasi, operasional atau biaya tetap dan variabel

I. Analisis biaya dengan metode Real Cost

Metode ini mengacu pada metode ABC dengan beberapa modifikasi karena kendala sistem. Metode ini menggunakan asumsi sesedikit mungkin. Dasar metode ini adalah penggolongan biaya menurut sesuatu yang dibiayai. Dan sangat tepat untuk pelayanan kesehatan yang biasanya kompleks.

Langkah-langkahnya sebagai berikut:¹⁷

1. Identifikasi semua biaya akibat adanya kegiatan di bagian/ instalasi, dipisahkan antara biaya langsung dan biaya tak langsung.
2. Analisis instalasi/ bagian lain yang memberi andil biaya.
3. Identifikasi dan hitung semua biaya langsung.
4. Identifikasi dan hitung biaya tidak langsung, sehingga mendapat alokasi biaya tidak langsung.
5. Kemudian hitunglah *unit cost* per pelayanan dari alokasi total biaya ke setiap jasa pelayanan. Dasar alokasi serasional mungkin.

Biaya pelayanan akan merupakan dasar dari tarif, yang sekarang ini harus secara terus menerus dipantau karena gejolak harga bahan akan terus terjadi. Biaya harus dapat menggambarkan besarnya pengeluaran secara jelas dan dasar penentuannya harus secara seimbang dapat dijelaskan pembebanan dari sektor pendukung. Dalam kaitan biaya ini dikenal 2 pusat keuangan yang akan saling terkait yaitu:

1. Pusat penerimaan (*revenue centre*) yaitu pelayanan atau kegiatan yang menghasilkan masukan bagi RS, contohnya rawat jalan, rawat inap, operasi, kantin.

2. Pusat biaya (*cost centre*) yaitu pelayanan atau kegiatan yang merupakan tempat keluarnya keuangan RS tanpa menghasilkan penerimaan, contoh: administrasi, pemeliharaan, kebersihan.

Pada prakteknya pusat penerimaan pasti tergantung pada pusat biaya. Karena pelayanan rawat inap tak akan berjalan baik tanpa pemeliharaan dan kebersihan.¹⁵

J. Perhitungan biaya Investasi

Analisis biaya lazimnya dilakukan untuk suatu kurun waktu tertentu, yaitu satu tahun anggaran. Untuk biaya-biaya yang tergolong sebagai biaya operasional dan pemeliharaan, maka yang diperhitungkan adalah jumlah elemen-elemen biaya tersebut yang dikeluarkan selama setahun.

Persoalan timbul dengan biaya investasi, karena pemanfaatan barang-barang tersebut bisa berlangsung melampaui kurun waktu satu tahun. Jadi agar bisa digabungkan dengan biaya operasional dan pemeliharaan untuk memperoleh nilai biaya total (TC) pertahun, maka biaya investasi tersebut perlu dihitung nilainya untuk satu tahun, yaitu pada tahun mana biaya operasional dan pemeliharaan itu dihitung. Nilai biaya investasi setahun ini disebut "nilai tahunan biaya investasi" atau *Annually investment cost (AIC)*.

Besarnya nilai tahunan biaya investasi dipengaruhi oleh nilai uang (inflasi) serta waktu pakai dan masa hidup suatu barang investasi. Dengan menggunakan informasi laju inflasi, masa pakai dan masa hidup tersebut, maka dihitung nilai sekarang atau *Present value (PV)* dari biaya investasi tersebut. Yang disebut

dengan nilai sekarang adalah nilai setahun biaya investasi tersebut untuk "tahun sekarang".¹⁷

Untuk menghitung nilai tahunan biaya investasi tersebut dapat dipergunakan formula sebagai berikut:

$$AIC = \frac{IIC(1+i)^t}{L}$$

- Dimana: AIC = Annualized Investment Cost
IIC = Initial Investment Cost
i = laju inflasi
t = masa pakai
L = perkiraan masa hidup investasi tersebut

Laju inflasi yang dipakai adalah laju inflasi rata-rata selama 5 tahun terakhir. Untuk Kota Salatiga mencapai 4,1 % Nilai L dapat dilihat dari spesifikasi pabrik atau untuk gedung dengan berkonsultasi pada pakar bangunan.

Disamping itu berdasarkan Keputusan Menteri Keuangan RI Nomer 138/KMK.03/2003, yang mengatur tentang Kelompok Masa Manfaat jenis harta berwujud yang terbagi 2, yaitu:

1. Bukan bangunan, meliputi:
 - a. Kelompok 1, dengan masa manfaat 4 tahun
 - b. Kelompok 2, dengan masa manfaat 8 tahun
 - c. Kelompok 3, dengan masa manfaat 16 tahun
 - d. Kelompok 4, dengan masa manfaat 20 tahun
2. Bangunan, meliputi:
 - a. Bangunan permanen, dengan masa manfaat 20 tahun

- b. Bangunan tidak permanen, dengan masa manfaat 10 tahun.³⁰

K. Titik Impas (Break Even Point)¹⁸

Titik impas adalah suatu keadaan usaha yang tidak memperoleh laba dan tidak menderita rugi. Dengan kata lain, suatu usaha dikatakan impas jika jumlah pendapatan (*revenue*) sama dengan jumlah biaya, atau bila laba kontribusinya hanya dapat digunakan untuk menutup biaya tetap saja. Analisis impas adalah suatu cara untuk mengetahui volume penjualan minimum agar suatu usaha tidak menderita rugi, tetapi juga belum memperoleh laba. Ada dua macam cara untuk menentukan titik impas yaitu pendekatan titik persamaan dan pendekatan grafis. Penentuan titik impas dengan teknik persamaan dilakukan dengan mendasarkan pada persamaan pendapatan sama dengan biaya ditambah laba. Sedangkan penentuan titik impas dengan grafis dilakukan dengan cara mencari titik potong antara garis pendapatan penjualan dan garis biaya dalam suatu grafik yang disebut grafik impas.^{15, 18}

Hal ini dapat digambarkan dengan rumus:

$$(UVC \times Q) = (Q \times P) \text{ atau } P = UVC$$

Tarif dan mutu pelayanan yang diberikan oleh fasilitas milik pihak lain ("pesaing") harus juga dipertimbangkan.

Untuk penetapan tarif ini berdasarkan Surat Keputusan Menkes RI No. 582/MENKES/SK/ VI/ 1997, pada bab II pasal 2 tentang Kebijakan tarif disebutkan bahwa Pemerintah dan masyarakat bertanggung jawab dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Biaya penyelenggaraan Rumah Sakit Pemerintah dipikul bersama oleh Pemerintah dan

masyarakat dengan memperhatikan kemampuan keuangan Negara dan keadaan sosial ekonomi masyarakat. Tarif Rumah Sakit tidak dimaksud mencari laba dan ditetapkan berdasarkan azas gotong royong, adil dengan mengutamakan kepentingan masyarakat berpenghasilan rendah. Rawat jalan dan rawat inap klas IIIA, II, I dan Utama dapat dikenakan jasa pelayanan. Pada pasal 3 disebutkan bahwa tarif Rumah Sakit diperhitungkan atas dasar unit cost dari setiap jenis pelayanan dan klas perawatan dengan memperhatikan kemampuan ekonomi masyarakat, Rumah Sakit setempat lainnya serta kebijaksanaan subsidi silang. Sedang pada Bab IV pasal 5 tentang Klas perawatan ,telah ditetapkan sebagai berikut : Klas III B, klas III A, klas II, Klas I, klas Utama. Pada bab VII pasal 8 tentang tarif rawat inap klas II dijadikan sebagai dasar perhitungan untuk penetapan tarif rawat jalan dan tarif klas perawatan lainnya .Pola tarif rumah sakit umum diatur berdasarkan kelas perawatan dan unit cost dengan dasar perhitungan sebagai berikut :¹⁹

Klas 3 B	: $1/3 \times$ unit cost klas2
Klas 3 A	: $1/3 - 1/2 \times$ unit cost klas 2
Klas 2	: $1 \times$ unit cost klas 2
Klas 1	: $2 - 9 \times$ unit cost klas 2
Klas Utama	: $10 - 20 \times$ unit cost klas 2

Sedang menurut penjelasan atas Peraturan Daerah Kota Salatiga nomor 8 tahun 2000 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Kota Salatiga Pasal 8 ayat 3 dikatakan bahwa yang dijadikan standar penetapan dan besarnya tarif retribusi pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah biaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit untuk klas dua dan klas tiga. Tetapi untuk penyelenggaraan tersebut masih memerlukan biaya tambahan, yang salah

satunya diharapkan dari retribusi pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dirawat di klas satu, Utama dan Pavilliun. Dalam rangka efisiensi maka pengaturan tarifnya ditetapkan dengan keputusan walikota, setelah dikonsultasikan dengan DPRD. Tarif klas satu setinggi-tingginya 9 kali klas dua, klas Utama setinggi-tingginya 15 kali klas dua, Pavilliun setinggi-tingginya 25 kali klas dua. Perbandingan selisih tarif jasa sarana untuk klas tersebut diatas harus lebih tinggi dari jasa pelayanan.²⁰

L. Keterkaitan tarif dengan Pelayanan.

Startegi pemasaran haruslah memasukkan tarif dalam rangka memperoleh keuntungan dan mencapai nilai pelayananyang diharapkan. Dalam keterkaitan pelayanan dan tarif perlu dipikirkan berapa perkiraan jumlah layanan, berapa biaya yang diperlukan pada jumlah layanan yang diperhitungkan, berapa harapan tarif agar menguntungkan, berapa kebutuhan biaya tetap keseluruhan dan berapa BEP yang harus dicapai.¹⁸

Organisasi yang melakukan produksi suatu barang atau jasa (seperti rumah sakit) memerlukan 3 jenis biaya, yaitu (1) biaya investasi, (2) biaya operasional, (3) biaya pemeliharaan. Hampir dalam setiap kegiatan produksi (fungsi produksi) apapun yang diproduksi selalu membutuhkan barang-barang modal seperti tanah, gedung, alat dan pendidikan SDM. Biaya yang dikeluarkan untuk pengadaan barang-barang modal ini disebut sebagai biaya investasi. Barang-barang tersebut perlu diaktifkan atau dioperasionalkan agar bisa menghasilkan barang atau produk yang diinginkan. Untuk mengaktifkan barang modal tersebut diperlukan kelompok biaya lain yang disebut biaya operasional. Ini termasuk biaya personil,

biaya obat, biaya makan, biaya umum seperti air, listrik, telepon, perjalanan, cicilan dan bunga pinjaman (kalau ada), retribusi (khususnya pada rumah sakit milik pemerintah). Kemudian dengan berfungsinya proses produksi, barang-barang modal bisa mengalami kerusakan. Oleh sebab itu kapasitas atau kemampuan barang modal tersebut perlu dipelihara, untuk itu kelompok biaya lain yang disebut biaya pemeliharaan. Ini termasuk biaya pemeliharaan lahan, gedung, alat dan pelatihan SDM. Suatu kegiatan produksi, termasuk kegiatan rumah sakit, senantiasa memerlukan 3 kelompok biaya tersebut dalam jumlah yang seimbang. Ketiga jenis kelompok tersebut secara teoritis saling berkaitan satu sama yang lain. Kalau pengeluaran untuk investasi besar atau meningkat, konsekuensinya adalah bahwa biaya untuk mengoperasikan dan memelihara investasi tersebut juga harus meningkat.^{4, 15}

Pada umumnya pola perilaku biaya diartikan sebagai hubungan antara total biaya dengan perubahan volume kegiatan. Biaya dapat dibagi menjadi tiga golongan: biaya tetap, biaya variabel dan biaya semi variabel.

Biaya tetap adalah biaya yang jumlah totalnya tetap dalam kisar perubahan volume kegiatan tertentu. Biaya tetap persatuan berubah dengan adanya perubahan volume kegiatan. Biaya tetap atau biaya kapasitas merupakan biaya untuk mempertahankan kemampuan beroperasi perusahaan pada tingkat kapasitas tertentu. Besarnya biaya tetap dipengaruhi oleh kondisi perusahaan jangka panjang, teknologi, metode serta strategi manajemen. Pada umumnya, jika biaya tetap mempunyai proporsi tinggi bila dibandingkan dengan biaya variabel, kemampuan manajemen dalam menghadapi perubahan-perubahan kondisi ekonomi jangka pendek akan berkurang. *Committed fixed costs* berupa semua biaya yang tetap dikeluarkan, yang tidak dapat dikurangi guna

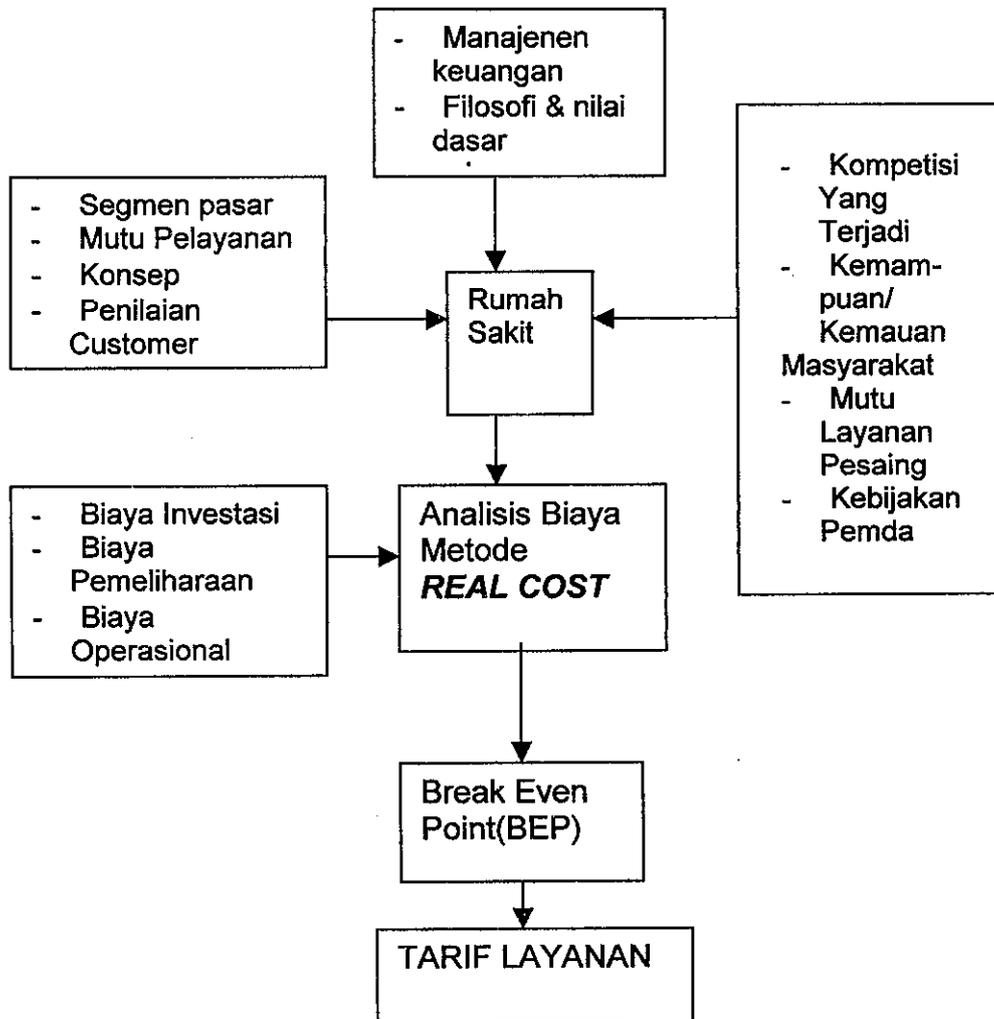
mempertahankan kemampuan perusahaan didalam memenuhi tujuan jangka panjang, contohnya biaya depresiasi, pajak PBB, sewa, asuransi, gaji karyawan utama.²¹

M. Kerangka teori

Dalam era kompetitif dan penuh ketidak pastian adalah sangat penting diperhatikan masalah tarif, karena hal berikut ini : ¹¹

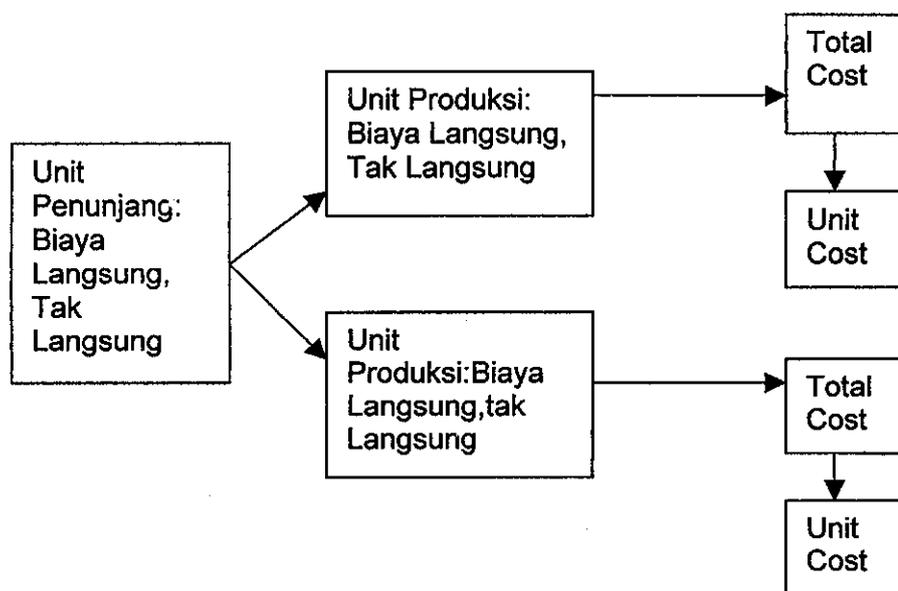
1. Saat ini pasien punya banyak pilihan, sehingga dalam keadaan sakitpun akan mengukur kemampuan keuangannya.
2. Biaya yang murah saja dalam dunia perumahsakitan tak akan cukup tanpa diimbangi mutu pelayanan yang tinggi.
3. Kebijakan tarif hanya dapat berperan pada pelayanan yang sifatnya elektif dan dapat ditunda untuk sementara. Pola yang *live saving* dan darurat akan sedikit manfaatnya.
4. Keterikatan tarif sebagai bagian dari langganan akan merupakan bagian yang memberikan pengaruh besar bagi *caftive market* yang aman.

Gambar 2.1. Faktor-faktor yang mempengaruhi tarif layanan

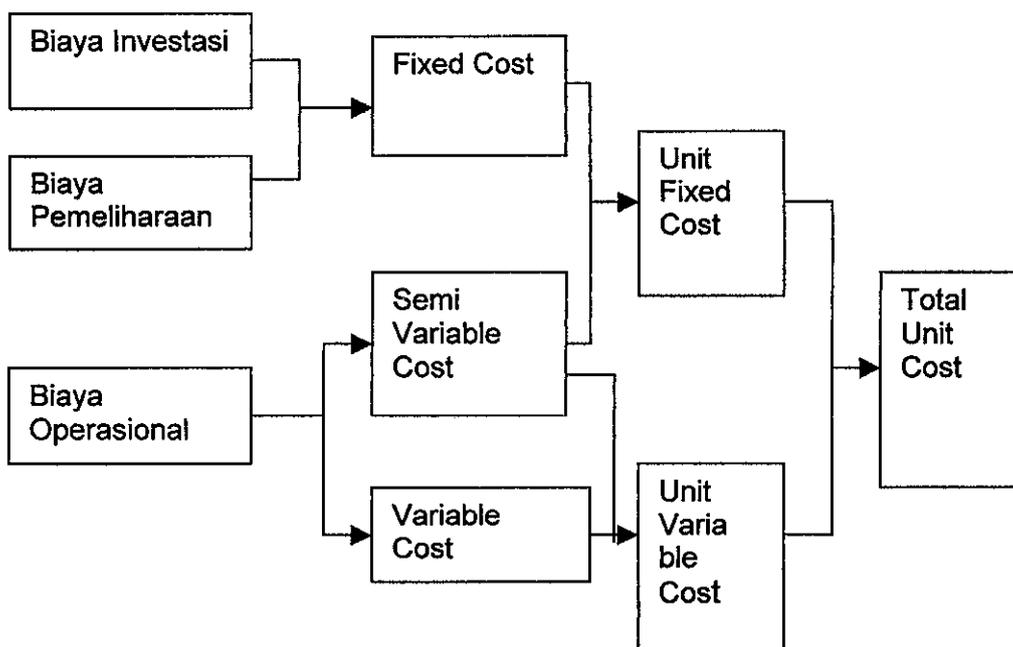


Sumber: Rumah Sakit Sebagai Public Enterprise (Gani, 2002), Akuntansi manajerial (Budi santoso, 2000), Manajemen Administrasi Rumah Sakit (Aditama, 2002, Hospitality Management Accounting (Nostrand, 1991), Rumah Sakit BUMN/BUMD: menjebak diri (Thabrany, 2002), Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan (Wiyono, 1999), The Well Managed Community Hospital (Griffith, 1987), Manajemen of Hospital and Health Services (Rockwell (1990), Paying Hospital (Gleser, 1987)

Gambar 2.2. Jenis Biaya

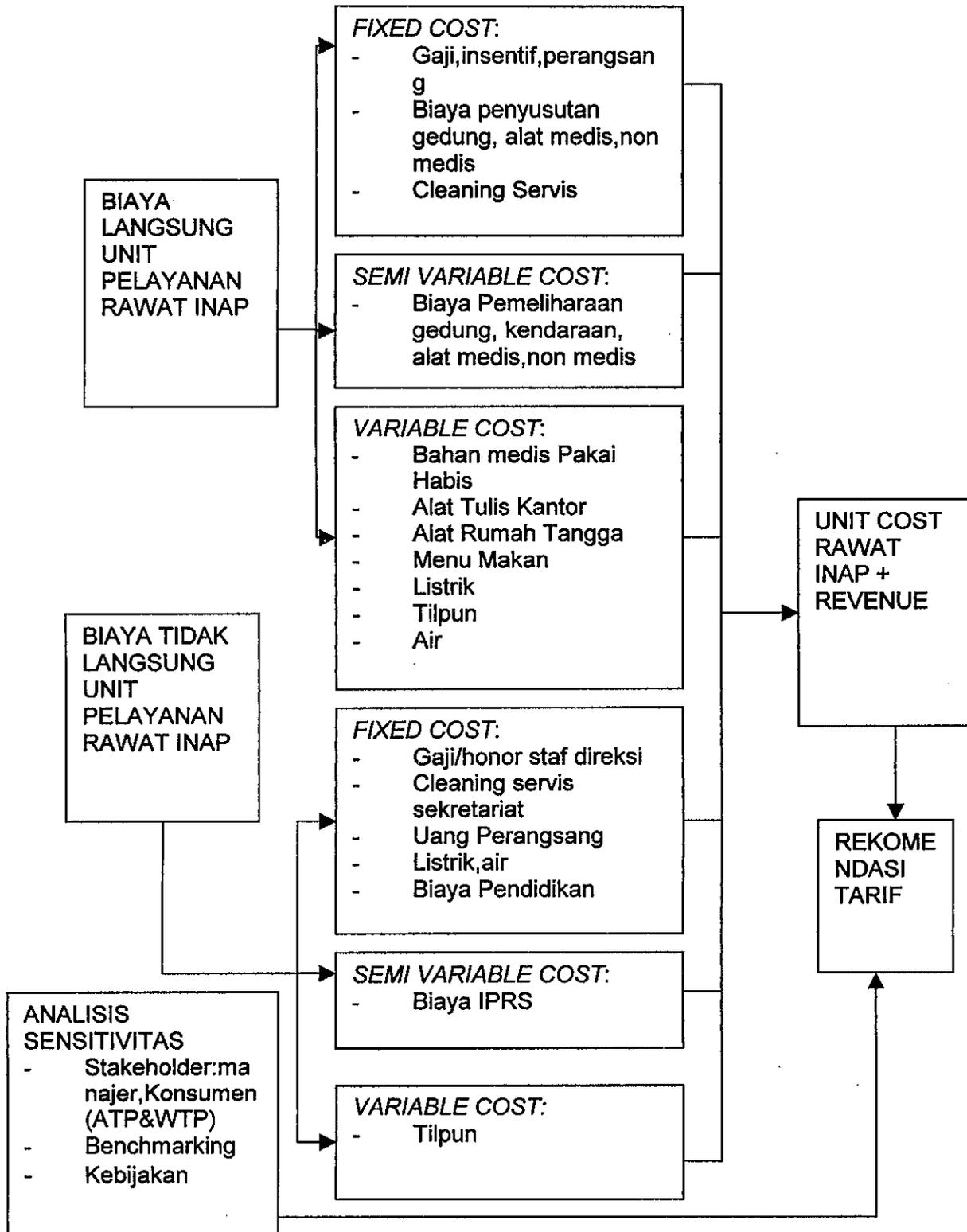


Gambar 2.3. Elemen Biaya dan Jenis Biaya Satuan



BAB III METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep



B. Jenis Dan Rancangan Penelitian

Deskriptif dan merupakan study kasus yang merupakan penelitian yang rinci mengenai suatu obyek tertentu dalam hal ini tentang tarif di BPRSUD Kota Salatiga, selama kurun waktu tertentu dengan cukup mendalam dan menyeluruh ,termasuk lingkungan dan kondisi masa lalunya. Studi ini untuk menemukan fakta dengan interpretasi yang tepat, dengan menggunakan data sekunder pada rawat inap tahun 2003 selama 1 tahun, serta dilakukan analisis kualitatif untuk mengetahui apakah tarif yang ditetapkan tersebut sudah sesuai dengan keinginan stake holder, masyarakat pengguna dan tim manajer. Desain penelitian merupakan studi kasus di BPRSUD Kota Salatiga. Ruang lingkup penelitian yaitu aspek ekonomis pemanfaatan klas VIP dan VVIP pada Ruang Pavilliun. Keuntungan penelitian dengan study kasus ini antara lain adalah dapat lebih mendalam sehingga dapat menjawab mengapa keadaan itu terjadi dan peneliti diharapkan dapat menemukan hubungan-hubungan yang tadinya tidak terduga . Tetapi penelitian ini juga memiliki kelemahan- kelemahan yaitu kajian menjadi relatif kurang luas, sulit digeneralisasikan dengan keadaan yang berlaku umum dan ada kecenderungan mengarah ke subyektivitas sehingga dapat mempengaruhi prosedur.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

Adapun jenis layanan yang dianalisis adalah biaya langsung dan tak langsung meliputi biaya investasi, biaya operasional dan biaya pemeliharaan klas VVIP dan VIP pada Pavilliun Wijaya Kusuma yang nantinya akan digunakan

untuk menghitung tarif sesuai dengan jenis layanan di Perda Kota Salatiga No. 8 tahun 2000 meliputi layanan :

1. Tarif pelayanan rawat inap, tidak termasuk biaya obat-obatan, visite, tindakan medik dan terapi, penunjang diagnostik dan asuhan keperawatan.
2. Tarif visite
3. Tarif asuhan keperawatan
4. Tarif makan pasien

Karena obyek penelitian ini belum beroperasi secara nyata maka ada beberapa data yang didapatkan secara riil misalnya data tentang biaya investasi gedung ,alat medis dan non medis,biaya makan, gaji. Dan perhitungan estimasi serta anggaran yang sudah dipagu untuk beberapa data antara lain biaya operasional dan pemeliharaan

D. Definisi Operasional Variabel Penelitian

No	Nama	Definisi	Cara Memperoleh	Keterangan
1	Biaya (<i>Cost</i>)	<p>Nilai suatu pengorbanan untuk memperoleh suatu hasil/tujuan tertentu. Pengorbanan bisa berupa uang, barang, waktu, tenaga, pikiran, dan kesempatan.</p> <p>Merupakan nilai uang dari sejumlah inpput (faktor produksi yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk barang/jasa).</p>		
2	Biaya Tetap (<i>Fixed Cost</i>)	<p>Adalah biaya untuk faktor produksi tetap yang secara relatif tidak dipengaruhi oleh besarnya jumlah produksi, tetap harus dikeluarkan terlepas apakah pelayanan diberikan.</p>	<p>Catatan pada inventaris barang di Tata Usaha.</p>	<p>Nilai (rupiah) gedung, kendaraan, peralatan kedokteran, tanah, gaji, biaya listrik, dan biaya <i>cleaning service</i>.</p>
3	Biaya Variabel (<i>Variable Cost=VC</i>)	<p>Adalah volume biaya yang dipengaruhi oleh banyaknya produksi/pelayanan. Biaya ini sering disebut biaya rutin, karena volumenya dapat direncanakan secara rutin.</p>	<p>Asumsi penggunaan bangsal non VIP selama tahun 2003. Diambil dari catatan di masing-masing bangsal dengan form yang telah disiapkan, yang dihitung berdasar hari rawat.</p>	<p>Biaya medis pakai habis, biaya bahan rumah tangga, biaya makan pasien, biaya <i>laundry</i>, dan insentif karyawan.</p>

4	Biaya Langsung	Terdiri dari biaya tetap dan biaya variabel yang terjadi di rawat inap.	Asumsi penggunaan bangsal non VIP selama tahun 2003. Diambil dari catatan di masing-masing bangsal dengan form yang telah disiapkan, yang dihitung berdasar hari rawat.	Biaya medis pakai habis, biaya alat rumah tangga, biaya alat tulis kantor di bangsal, biaya penyusutan gedung, biaya penyusutan alat medis dan non medis, biaya jasa medis dokter dan jasa perawatan, biaya laundry, biaya makan, honor/gaji pegawai yang bertugas di ruang paviliun
5	Biaya Tak Langsung	Biaya yang secara riil tidak dalam suatu layanan sebuah instalasi yang bersangkutan, tetapi terjadi di bagian lain yang berhubungan dengan instalasi itu, namun dampak biaya tersebut mempengaruhi kinerja instalasi tersebut.	Catatan gaji/honor/tunjangan di Bidang Keuangan. Asumsi penggunaan selama tahun 2003.	Gaji/honor/tunjangan para staf direksi, biaya yang terjadi di bagian akuntansi/keuangan meliputi telepon, listrik, cleaning service, biaya pendidikan, biaya yang terjadi di instalasi Pemeliharaan Rumah Sakit.
6	Biaya Investasi	Biaya yang kegunaannya dapat berlangsung untuk waktu yang lama (biasanya lebih dari satu tahun).	Catatan di bagian Inventaris Barang di bawah Tata Usaha. Sekaligus dihitung biaya penyusutan dengan rumus <i>Annualized Fixed Cost</i> . Hampir sama dengan biaya tetap.	Biaya pembangunan gedung, pemeliharaan mobil dan alat besar.
7	Biaya Operasional	Biaya untuk melaksanakan proses produksi dan bersifat habis pakai dalam waktu relatif singkat (tahun 2003). Biasanya kurang dari satu tahun. Hampir sama dengan biaya variabel.	Catatan di masing-masing bidang/bangsal/bagian selama tahun 2003	Biaya pegawai umum (listrik, telepon, dan air), obat dan bahan pakai habis, makan, laundry, alat tulis kantor.
8	Biaya Pemeliharaan	Biaya yang digunakan untuk	Asumsi data tahun 2003 di rumah	Pemeliharaan gedung, alat medis,

		mempertahankan nilai barang investasi agar tetap berfungsi.	sakit yang sama. Data diperoleh di Bidang Keuangan.	alat kantor, dan kendaraan.
9	Tarif kelas VIP/VVIP	Harga dalam nilai uang yang harus dibayar oleh konsumen untuk memperoleh layanan rawat inap di kelas VIP/VVIP. Meliputi fasilitas kamar, perawatan, dan makan. Tidak termasuk tindakan medis penunjang, visite, dan obat.	Dihitung berdasarkan unit <i>Cost</i> berdasar <i>Riil Cost</i> ditambah <i>Revenue</i> yang diharapkan, dengan analisis sensitivitas. Dihitung layanan perhari rawat, dibayar dengan uang rupiah.	Ditetapkan dengan Surat Keputusan Walikota.
10	Ruang VIP	Ruang perawatan untuk setiap kamar dihuni oleh satu pasien dengan fasilitas satu kamar mandi dalam, dilengkapi <i>water heater</i> , fasilitas tempat tidur semi otomatis, almari es, TV, AC, telepon, sofa, untuk penunggu, dan ruang tunggu pasien. Ruang ini terletak di Paviliun Wijaya Kusuma dengan tingkat kenyamanan yang terukur (tingkat kebisingan minimal, pencahayaan terang, udara sejuk, pelayanan yang segera/tidak menunda pelayanan yang bukan alasan medis).	Terletak di Paviliun Wijaya Kusuma, sebanyak 45 kamar.	
11	Ruang VVIP	Seperti VIP ditambah meja makan dan <i>pantry</i> .	Terletak di Paviliun Wijaya Kusuma sebanyak 14 kamar.	
12	<i>Benchmarking</i>	Merupakan penyelidikan yang berkesinambungan		Tujuan utamanya adalah untuk mengetahui semua

		dan aplikasi praktek signifikan yang lebih baik yang menimbulkan kompetisi yang lebih baik.		praktek yang akan menentukan keuntungan suatu kompetisi dalam <i>market place</i> dan <i>target setting</i> .
13	Rumah Sakit <i>Benchmarking</i>	Rumah sakit yang setara status kepemilikannya atau rumah sakit yang terletak di sekitar BPRSUD Kota Salatiga.	Rumah Sakit Ananda, Rumah sakit Puri Asih, dan RSUD Boyolali.	
14	Biaya Medis Pakai Habis	Biaya yang timbul akibat adanya penggunaan bahan medis di setiap ruangan rawat inap yang merupakan paket akomodasi yang diberikan rumah sakit bagi pasien rawat inap.	Diperoleh dari catatan penggunaan masing-masing bangsal rawat inap nono VIP selama satu tahun, kemudian dikalikan dengan standar harga yang dikeluarkan oleh Pemda tahun 2003. Kemudian dibagi jumlah hari rawat selama satu tahun pada bangsal non VIP	Sebagai dasar estimasi. Adapun yang termasuk ini adalah alkohol, handschoen, plester, formalin, betadine, kassa, kapas, talk, dan ketas EKG.
15	Biaya alat rumah tangga	Adalah alat RT yang nilai rupiahnya kecil dan penggunaannya tergolong pakai habis	Catatan penggunaan masing-masing bangsal/ bagian selama 1 tahun	Sabun mandi, sabun cuci, Bayclin, Baygon, Bayfresh, baterai, abu gosok, Prostex, plastik sampah, rinso
16	Biaya Alat Tulis Kantor	Biaya alat tulis kantor atas penggunaan perlengkapan kantor seperti kertas, dan lain-lain di bangsal	Diperoleh dari catatan penggunaan masing-masing bangsal selama 1 tahun, kemudian direkap dengan formalat tulis kantor, dikalikan dengan harga standar, kemudian dibagi dengan jumlah pasien selama satu tahun yang dihitung berdasarkan hari	Penghapus, silet, lem, buku Folio, buku Ekspedisi, kertas foli, blangko Askes

			rawatnya	
17	Biaya Penyusutan	Untuk mengetahui nilai biaya investasi kurun waktu tertentu yang disebut nilai tahunan biaya investasi	Dihitung dengan menggunakan rumus AIC serta Kep Men Keu RI No 138/KMK.03/2003	Biaya penyusutan gedung, alat medis dan non medis
18	Biaya Laundry	Biaya yang digunakan untuk laundry rawat inap non VIP selama 1 tahun	Perkiraan laundry per kilogram dengan rumus menurut Neufert(12-15Kg/Minggu).ini dijadikan asumsi untuk layanan VVIP dan VIP	
19	Biaya makan	Biaya untuk makan 1 hari sesuai standar yang ditetapkan	Wawancara dengan petugas gizi dan bagian keuangan tela telah dihitung dan ditetapkan	
20	Biaya Listrik	Biaya yang digunakan untuk membayar langganan listrik untuk VVIP dan VIP	Wawancara dengan petugas gizi, bagian Keuangan	
21	Biaya Cleaning service	Biaya untuk membayar langganan Cleaning Service di bangsal Pavillium Wijaya Kusuma	Dihitung dengan luas lantai dikalikan harga borongan, tiap meter 200	Luas lantai 3417/m ²
22	Biaya pemakaian air	Biaya yang digunakan untuk membayar penggunaan air untuk satu hari kamar VIP atau VVIP Sejumlah uang yang diterima pada seorang PNS. Berdasarkan SK walikota yang diterima tiap bulan dengan besaran tetap sesuai kesepakatan dan golongannya	Estimasi penggunaan air pada bangsal non VIP selama 1 tahun dengan jumlah pasien satu tahun yang hari rawatnya perhari. Daftar gaji di Bidang Keuangan RSUD	
23	Gaji	Sejumlah uang yang diterimanya pada setiap PNS berdasarkan SK	Estimasi penggunaan air pada bangsal non VIP selama 1	

		Walikota yang diterima pada tiap bulan dengan besaran tetap sesuai kepegangan dan golongan	tahun dengan jumlah pasien satu tahun yang hari rawatnya perhari. Daftar gaji di Bidang Keuangan RSUD	
24	Insentif	Sejumlah uang yang diterima pada setiap PNS berdasarkan tiap bulan dengan besaran tetap, diluar gaji, yang dianggarkan dari APBD dan merupakan tambahan gaji		

E. Alat dan Cara Penelitian

Metode pengumpulan data – data yang digunakan dalam penyusunan tesis ini adalah :

1. Metode Pengamatan / Observasi; Data diperoleh dengan mengadakan pengamatan langsung ke lokasi Rumah Sakit untuk mengetahui keadaan sebenarnya baik di bidang pelayanan ,administrasi., sarana dan prasarana yang ada, serta menggunakan beberapa form untuk mencatat data sekundair yang dibutuhkan, antara lain:
 - a. gaji, upah, insentif, menggunakan data sekundair pada daftar gaji
 - b. Bahan habis pakai diperoleh dengan perhitungan asumsi berdasarkan penggunaan kelas tertinggi tahun 2003 (klas utama)
 - c. Alat tulis kantor diperoleh dari asumsi penggunaan tahun 2003
 - d. Alat rumah tangga, diperoleh dengan asumsi perhitungan penggunaan selama ini

yang ada, serta menggunakan beberapa form untuk mencatat data sekundair yang dibutuhkan, antara lain:

- a. gaji, upah, insentif, menggunakan data sekundair pada daftar gaji
- b. Bahan habis pakai diperoleh dengan perhitungan asumsi berdasarkan penggunaan kelas tertinggi tahun 2003 (klas utama)
- c. Alat tulis kantor diperoleh dari asumsi penggunaan tahun 2003
- d. Alat rumah tangga, diperoleh dengan asumsi perhitungan penggunaan selama ini
- e. Gizi, diperoleh dari asumsi perhitungan makanan yang akan dihidangkan sesuai hari rawat kelas utama tahun 2003
- f. Biaya Penyusutan alat medis dan non medis ,gedung dengan asumsi, menggunakan perhitungan AFC
- g. Biaya pemeliharaan dengan asumsi perhitungan ,berkonsultasi dengan ahli bangunan.

2. Metode Pengamatan / Observasi; Data diperoleh dengan Metode wawancara : Dilakukan wawancara mendalam pada beberapa nara sumber ,antara lain:

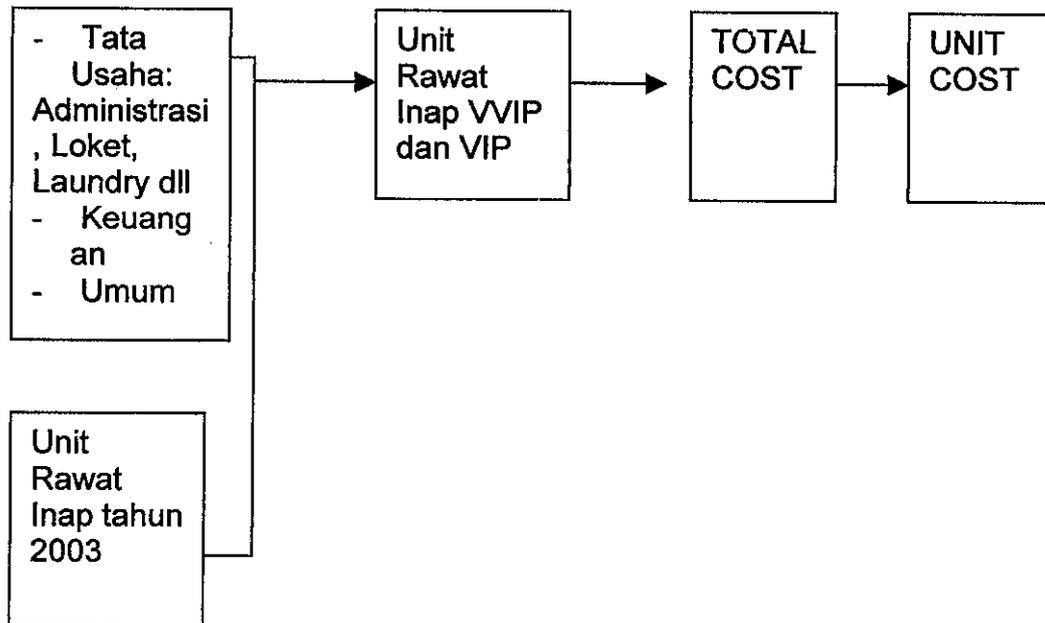
- a. Kepala Badan Pengelolaan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga tentang alasan pendirian Pavilliun, serta pembiayaannya. Tujuannya untuk mengetahui sejauh mana rencana strategi yang ditetapkan serta tahap-tahap pelaksanaannya
- b. Kepala Dinas Kesehatan tentang kebutuhan layanan VIP dan VVIP bagi masyarakat klas atas, sistem rujukan dan persaingan dengan rumah sakit swasta serta peraturan yang mendasari penentuan tarif yang ditetapkan oleh pemerintah.

- c. Kepala Bappeda tentang rencana pengembangan menjadi rumah sakit tipe B serta model pembiayaannya
 - d. Ketua DPRD tentang manfaat pembangunan ruang Pavillium serta tingkat kebutuhan masyarakatnya.
 - e. Walikota Salatiga tentang manfaat pendirian ruang Pavillium bagi daerah serta faktor pendorong dan penghambatnya.
 - f. Benchmarking ke rumah sakit swasta Puri Asih Salatiga untuk mengetahui tingkat layanan dan tarif berdasarkan sarana dan fasilitas yang disediakan dalam pengumpulan data – datanya, digunakan alat berupa :
 - g. Form- form dan cek list : yang digunakan untuk mengumpulkan / mengecek data sekundair yang dibutuhkan antara lain biaya administrasi umum, jumlah pemeriksaan, lama pasien dirawat masing- masing kelas bahan habis pakai, biaya gaji/ honorer, kebutuhan Alat Rumah Tangga, kebutuhan Bahan Pakai Habis, kebutuhan Alat Tulis Kantor, penilaian aktiva tetap alat medis dan non medis, bahan dan alat yang digunakan pada setiap tindakan medis di ruangan, daftar ketenagaan dan peralatan yang ada, Form cek list terlampir.
 - h. Pedoman wawancara mendalam sesuai sasaran yang akan diwawancarai.
 - i. Laporan hasil kegiatan di BPRSUD Kota Salatiga
- Pada penentuan tarif ini digunakan perhitungan estimasi BOR klas utama pada tahun 2003.

F. Alur penelitian

Alur penelitian dapat digambarkan :

Gambar 3.1. Alur Penelitian



G. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Data yang terkumpul dilakukan klasifikasi dan diteliti kebenarannya, kemudian dianalisa dengan Analisis biaya dengan metoda Real Cost dengan menghitung biaya investasi yang sudah dengan penyusutan,

Dengan rumus:

$$AIC = \frac{IIC (1 + I)^t}{L}$$

Dimana : AIC = Annualized Investment Cost
 IIC = Initial Investment Cost
 i = laju inflasi
 t = masa pakai
 L = perkiraan masa hidup investasi tersebut

Laju inflasi yang dipakai adalah laju inflasi rata-rata selama 5 tahun terakhir. Nilai L dapat dilihat dari spesifikasi pabrik atau untuk gedung dengan berkonsultasi pada pakar bangunan.

Biaya operasional dan pemeliharaan 1 tahun dengan estimasi tahun 2003, untuk memperoleh unit cost. Informasi ini merupakan informasi pertama untuk penetapan tarif, dimana juga dapat dimanfaatkan untuk menilai skala ekonomis produk yang dihasilkan dan tidak lagi dimungkinkan untuk menurunkan biaya satuan tersebut.. Kemudian dicari biaya satuan yang mempertimbangkan kapasitas produksi yang disebut biaya satuan Normatif , dengan rumus:

$$UC = \frac{FC}{Cap} + \frac{VC}{Q}$$

Dimana:

UC = unit cost Normatif

FC = fixed cost

Cap = Kapasitas pusat biaya tersebut dalam setahun

VC = variabel cost

Q = jumlah output Pusat Biaya tersebut dalam setahun

Kapasitas rawat inap= jumlah tempat tidur x 365

Kemudian dilakukan perhitungan BEPnya dengan rumus:

$$(UVC \times Q) = (Q \times P) \text{ atau } P = UVC$$

Hasil perhitungan tarif tersebut dibandingkan dengan tarif rumah sakit *benchmarking*, kemudian ditetapkan dengan kriteria yang ditetapkan. Kemudian dilakukan wawancara mendalam dengan beberapa stakeholder terpilih. Hasil wawancara mendalam digunakan untuk menilai secara kualitatif sejauh mana tarif yang ditentukan tersebut dapat diberlakukanserta menilai ATP dan WTP

H. Jadwal Penelitian

Dimulai bulan Agustus sampai dengan bulan Desember 2004. Adapun pelaksanaan pengumpulan data sudah dimulai sejak bulan Desember 2003.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Sesuai tujuan penelitian, yaitu melakukan analisis biaya untuk mendapatkan analisis satuan yang pada akhirnya digunakan sebagai salah satu bahan pertimbangan dalam menetapkan tarif pada layanan klas VVIP dan VIP di Pavilliun Wijaya Kusuma yang belum operasional.

Didalam penulisan ini digunakan metode *Real Cost* karena dianggap merupakan pendekatan yang paling sesuai dengan kenyataan .Karena layanan ini belum operasional maka ada beberapa kendala didalam menelusuri data-data riilnya, sehingga pada beberapa bagian digunakan beberapa asumsi-asumsi yang dapat dipertanggung jawabkan.

A. Gambaran Umum Pavilliun Wijaya Kusuma

Ruang Pavilliun Wijaya Kusuma terletak dibelakang bangunan RSUD lama dengan luas bangunan 3417,6 m² , 4 lantai dengan komposisi 14 ruang untuk layanan VVIP serta 45 ruang untuk layanan klas VIP,dengan tampilan bangunan relatif lebih atraktif menimbulkan kesan *Enclosure* dari arah depan.Akses terdekat dari jalan Ossamaliki, mempunyai pintu masuk terpisah dari layanan non VIP. Adapun pembangunan gedung ini dilakukan secara bertahap mulai tahun 2002, tahun 2003 sampai dengan tahun 2004. Komposisi ruang rawat inap di RSUD berdasarkan klas perawatan. Sifatnya untuk mengakomodasikan peran rumah sakit umum daerah sebagai bentuk pelayanan kesehatan yang juga berazas sosial, karena untuk klas yang lebih tinggi akan memberikan subsidi bagi klas yang rendah. Diharapkan dengan beroperasinya

klas VVIP dan VIP akan memberikan sumbangan yang besar bagi peningkatan pendapatan RSUD Kota Salatiga. Sesuai standar yang berlaku komposisi untuk klas utama (VVIP dan VIP) berkisar 15 %, klas 1 antara 5 – 15%, klas 2 antara 10-30%, klas 3 antara 20-40% serta bila dimungkinkan ada klas gratis sampai dengan 5%.¹⁹

Fasilitas yang ada di ruang VVIP meliputi *Bed elektrik, Bedside Cabinet, Over bed Table*, TV berwarna 20 inch, AC, Oksigen sentral, almari pendingin, satu set meja makan untuk penunggu, sofa lipat untuk penunggu serta kamar mandi dengan fasilitas air dingin dan panas. Sedang fasilitas yang ada di ruang VIP meliputi *Clasic bed, bedside cabinet*, almari pendingin, AC, Oksigen sentral, kamar mandi dengan air dingin dan panas, sofa lipat untuk penunggu pasien.

Adapun alur layanan dibedakan menjadi dua bagian yaitu bila pasien datang dalam kondisi darurat, maka diterima lewat UGD, tetapi apabila biasa , maka bisa langsung masuk ruang yang diinginkan dan dokter yang melayani bisa dipilih.

Ketenagaan medis yang ada merupakan gabungan dengan tenaga medis yang melayani non VIP. Sedang ketenagaan paramedis dan non medis lainnya merupakan tenaga yang berstatus PNS dan banyak sebagai tenaga kontrak. Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1. Data Ketenagaan petugas VVIP dan VIP

Lantai	status	Pendidikan	jumlah
1	a. PNS		
	IV a	Sarjana	1
	IIIc	Sarjana	2
	IIIb	D3 Akper	1
	IIIa	D3 Ekonomi	1
	b. Tenaga kontrak		
		Sarjana	1
		D3 Ekonomi	5
		SLTA	5
2	a. PNS		
	IIIa	D3 Akper	1
	IIc	D3 Akper	2
	b. Tenaga Kontrak		
		D3 Akper	12
3	a. PNS		
	IIIb	Bidan	1
	IIb	D3 Akper	1
	IIc	D3 Akper	1
	b. Tenaga Kontrak		
		D3 Akper	9
	Jumlah		43

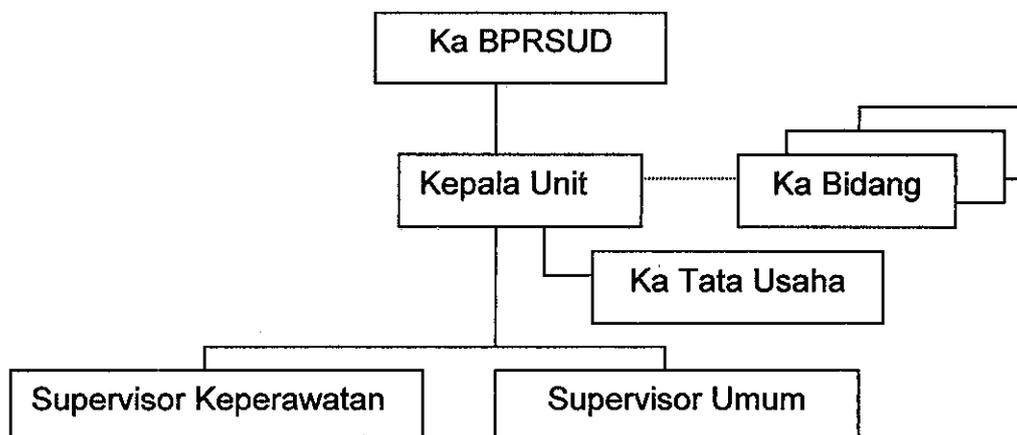
Berdasarkan Surat Keputusan Kepala Badan Pengelolaan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga no 445/1071 tentang Struktur organisasi, tugas pokok dan fungsi unit Pavillium Wijaya Kusuma Badan Pengelolaan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Salatiga adalah sebagai berikut Unit Pavillium Wijaya Kusuma BPRSU Kota Salatiga terdiri dari Kepala Unit Pavillium; Tata Usaha serta Supervisor yang meliputi Keperawatan dan Umum. Kepala Unit Pavillium Wijaya

Kusuma dipimpin oleh seorang Kepala Unit yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala BPRSUD Kota Salatiga. Kepala Unit ini mempunyai fungsi:

1. Penyelenggaraan, pembinaan, koordinasi, pengawasan dan pengendalian pelayanan medis, penunjang medis, asuhan keperawatan, administrasi umum dan pelayanan non medis lainnya.
2. Perumusan kebijakan teknis, operasional dan strategis dalam pengembangan serta peningkatan mutu pelayanan.
3. Penyusunan rencana anggaran pendapatan dan belanja Pavilliun.
4. Pelaksanaan evaluasi standar mutu pelayanan.
5. Perencanaan, pembinaan dan pengembangan kepegawaian.
6. Pelaksanaan koordinasi, pembinaan, pengawasan, pengkajian dan penyelesaian masalah etika hukum.
7. Penyelenggaraan kegiatan kehumasan, pemasaran, pendidikan dan latihan, penelitian dan pengembangan.

Tata Usaha , dan supervisor berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Unit. Adapun struktur organisasinya sebagai berikut gambar 4.1.

Gambar 4.1. Struktur Organisasi Pavilliun Wijaya Kusuma



B. Metode Real Cost

Pendekatan *Real Cost* pada prinsipnya bertujuan untuk mengidentifikasi biaya per item secara rinci. Namun pada kenyataannya, di RSUD Kota Salatiga khusus untuk beberapa hal harus dilakukan estimasi atau alokasi biaya.

Dalam penelitian ini ,layanan VVIP dan VIP belum operasional, sehingga dalam perhitungan jumlah layanannya menggunakan estimasi- estimasi yang berdasarkan pelayanan rawat inap pada bangsal Mawar,Dahlia,Cempaka, Melati dan Anggrek yang sudah operasional selama ini yang meliputi klas Utama ,I,II dan III . Data diambil selama tahun 2003.

Dalam menghitung unit cost ini, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, serta asumsi digunakan bila:

1. Data yang digunakan sebagai dasar asumsi adalah data rawat inap klas Utama, klas I, klas II dan klas III BPRSUD Kota Salatiga yang terletak di bangsal Mawar, Dahlia, Cempaka, Melati dan Anggrek selama 1 tahun, yaitu tahun 2003.
2. Untuk menghitung biaya yang terjadi di ruang VVIP dan VIP perlu terlebih dahulu mengadakan perkiraan tingkat hunian untuk klas tersebut. Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan direktur rumah sakit, perkiraan dilakukan dengan melihat BOR dan LOS klas tertinggi yaitu klas Utama pada tahun 2003, kemudian diterjemahkan dalam hari rawat selama 1 tahun.
3. Terdapat biaya yang merupakan *Joint cost* untuk dua atau lebih layanan, misalnya biaya-biaya yang termasuk biaya tidak langsung.
4. Tidak ada catatan jumlah layanan yang dihasilkan secara jelas dan rinci, misalkan penggunaan alat-alat medis dan non medis yang memakai listrik.

5. Khusus untuk alat medis dan non medis digunakan pendekatan berdasarkan standar harga yang diterbitkan oleh Pemda tahun 2003 dan Depkes RI tahun 2003.
6. Apabila ada kegiatan yang tidak jelas alat ukurnya, misalnya penggunaan bahan medis pakai habis, alat tulis kantor, alat rumah tangga.

C. Penelusuran Data Biaya Dan Data Lainnya

Data yang digunakan sebagai dasar asumsi adalah data rawat inap klas Utama, klas I, klas II dan klas III BPRSUD Kota Salatiga yang terletak di bangsal Mawar, Dahlia, Cempaka, Melati dan Anggrek selama 1 tahun, yaitu tahun 2003. Untuk memperoleh data digunakan beberapa cara, antara lain:

1. Wawancara dengan para pengguna alat, perawat atau bidan , kepala bangsal, kepala bidang, Direktur, *stakeholder* lainnya
2. Catatan bulanan pemakaian bahan atau alat di tiap-tiap bangsal, buku register bangsal, rekening pembayaran, daftar penggajian pegawai, buku pengadaan alat dan bahan.
3. Renstra rumah sakit tahun 2001-2006, Laporan Akuntabilitas Kinerja rumah sakit tahun 2003 , Detail Engineering pembangunan Paviliun Wijaya Kusuma tahun 2002 - 2004, Buku Standarisasi harga Pemda tahun 2003, SK Menkes yang berhubungan dengan pentaripan rumah sakit, Perda Kota Salatiga no 8 tahun 2000.

D. Hambatan Dalam Identifikasi Biaya Pelayanan Rawat Inap Ruang VVIP dan VIP Pavilliun Wijaya Kusuma

1. Dalam menelusuri biaya – biaya tersebut sebagai acuan digunakan data layanan rawat inap klas utama, klas I, klas II dan klas III yang terjadi pada bulan Januari sampai dengan bulan Desember 2003, karena ruang pavilliun belum operasional, maka diasumsikan dengan perbandingan tingkat hunian dalam 1 tahun (BOR) kemudian diterjemahkan dalam jumlah hari rawat pasien.
2. Belum semua pencatatan menggunakan komputer, sehingga dalam penelusuran biaya harus dilakukan dengan manual satu-persatu berdasarkan buku pencatatan pada masing-masing bangsal serta bidang keuangan.
3. Belum semua bagian mempunyai catatan yang informatif dan lengkap.
4. Sebagian biaya yang ada merupakan anggaran yang sudah ditetapkan oleh Pemerintah Daerah yang disebut Pagu, dimana patokan penetapannya masih menjadi perdebatan,serta disesuaikan dengan situasi keuangan kas daerah.
5. Belum ada alat pengukur untuk mengetahui pemakaian listrik dan air bersih, sehingga penentuannya menggunakan perkiraan jumlah hari rawat .

E. Dukungan Dalam Identifikasi Biaya Rawat Inap

Dukungan yang didapat dalam identifikasi biaya pelayanan rawat inap adalah sebagai berikut:

1. Adanya ijin dari Direktur untuk melakukan pengumpulan data.

2. Adanya sikap kooperatif dari para personil diberbagai bidang, sub bidang, pelaksana langsung di instalasi, sehingga memungkinkan pengumpulan data dari semua bagian yang dibutuhkan.
3. Tersedianya pencatatan/ buku – buku penggunaan anggaran pada semua bagian yang diperlukan, walau kadang – kadang tidak informatif.

F. Dasar Perkiraan Tingkat Hunian

Untuk menghitung biaya yang terjadi di layanan VVIP dan VIP perlu terlebih dahulu melakukan perkiraan tingkat hunian untuk klas tersebut. Berdasarkan hasil wawancara dengan Direktur rumah sakit, perkiraan dilakukan dengan melihat BOR dan LOS klas tertinggi (klas Utama) di tahun 2003. Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2. Data tingkat hunian ruang klas Utama dengan 17 tempat tidur tahun 2003

Penyakit	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni	Juli	Agustus	Sepember	Oktober	November	Desember	Total
Mata	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
THT	6	0	5	11	6		15	0	7	0	9	0	62
Syaraf	58	32	66	73	102	2	97	73	45	98	51	79	846
Dalam	264	237	215	189	166	212	196	144	171	174	158	194	2320
Bedah	47	85	40	11	12	19	37	29	29	102	22	34	467
Anak	43	53	40	42	77	68	70	81	89	82	51	79	775
Jiwa	0	5	0	5	0	0	0	0	0	3	0	2	15
Gigi mulut	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	5
Kulit kelamin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Perinatologi	4	1	21	12	18	13	0	7	22	15	30	7	150
Ginekologi	30	23	23	16	22	41	9	10	12	27	9	20	242
Obstetri	11	3	13	16	18	19	8	5	18	16	31	8	166
Total	469	439	423	375	421	447	432	349	394	521	361	423	
BOR %	81,02	83,40	78,18	60,59	68,69	80,20	67,74	71,35	75,10	66,79	59,80	67,17	71,60

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa pencapaian BOR mencapai rata-rata 71%. Namun setelah dilakukan wawancara mendalam dengan direktur RSUD, untuk perkiraan tingkat hunian klas VVIP diperkirakan 55% sedang untuk klas VIP 60% untuk tahun pertama dengan LOS 4hr. Untuk menghitung estimasi hari rawat inap digunakan rumus:

Jumlah hari dalam 1 th X jumlah TT X BOR

LOS

$$\text{Jadi estimasi untuk VVIP} = \frac{365}{4} \times 14 \times 55\% = 703 \text{ hari rawat}$$

$$\text{jadi estimasi untuk VIP} = \frac{365}{4} \times 45 \times 60\% = 2464 \text{ hari rawat}$$

Jadi untuk mengetahui unit cost estimasi akomodasi klas VVIP dan VIP perlu dihitung dari komponen biaya langsung dan tak langsung yang mendasarinya. Karena obyek penelitian adalah Rumah sakit milik pemerintah maka perhitungan unit cost dilakukan 2 versi yaitu:

1. Unit cost lengkap : adalah perhitungan unit cost berdasarkan unsur biaya investasi termasuk gaji, biaya pemeliharaan dan biaya operasional
2. Unit cost tak lengkap : adalah perhitungan unit cost dimana unsur investasi dan gaji tidak disertakan .

G. Cakupan Rawat Inap BPRSUD Tahun 2003

Data ini sangat dibutuhkan, berfungsi sebagai denominator dalam mengestimasi kegiatan-kegiatan yang berhubungan dengan penggunaan bahan ,alat pemakaian alat, sarana yang ada di ruang VVIP dan VIP. Adapun cara

memperolehnya yaitu dari bagian rekam medik rumah sakit tersebut selama tahun 2003 di bangsal Mawar, Dahlia, Cempaka, melati dan bangsal Anggrek, seperti dibawah ini tabel 4.3:

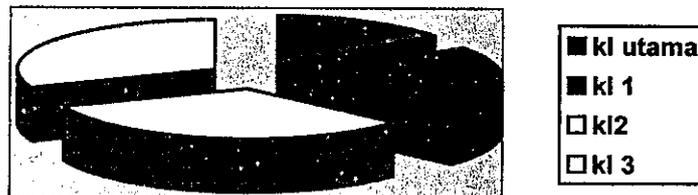
Tabel 4.3. Cakupan rawat inap periode Januari – Desember 2003

Ruang / lama dirawat	Mawar	Dahlia	Cempaka	Melati	Anggrek	Jumlah
Utama	577	444	126	645	1945	3737
Klas 1	1168	433	365	2438	1184	5588
Klas 2	4053	1606	716	-	1765	8140
Klas 3	2929	1595	712	-	2657	7893
Jumlah						25358

Jumlah layanan rawat inap rumah sakit selama 1 tahun adalah 25358 hari rawat.

Hal ini dapat digambarkan dalam giagram Pie sebagai berikut pada gambar 4.3.

Gambar 4.3. Cakupan Rawat Inap Non Pavilliun tahun 2003



H. Identifikasi Terhadap Berbagai Item Biaya Langsung Dan Tak Langsung

Penerapan akuntansi biaya di rumah sakit selalu mengacu pada penggolongan biaya. Namun dalam realisasinya di rumah sakit, penggolongan biaya harus dilakukan dengan pertimbangan kejelasan penggolongannya. Oleh

karena itu dalam menghitung unit cost berdasarkan metode *Real Cost* menggunakan konsep biaya langsung dan biaya tak langsung.

1. Biaya Langsung

Biaya langsung terdiri dari biaya tetap dan biaya variable. Biaya langsung yang terjadi pada rawat inap adalah:

a. Biaya Medis Pakai Habis

Biaya Bahan Medis Pakai Habis adalah biaya yang timbul akibat adanya penggunaan bahan medis di setiap ruangan rawat inap yang merupakan paket akomodasi yang diberikan rumah sakit bagi pasien rawat inap. Misalnya seperti Alkohol, *Handschoen*, Plester, Formalin, Betadine, Kassa, Kapas, Jeli.

Data diperoleh dari catatan penggunaan masing-masing bangsal rawat inap selama 1 tahun yaitu tahun 2003. Kemudian direkap dengan menggunakan form Bahan Medis Pakai Habis. Masing-masing item biaya dari jenis bahan dijumlah, kemudian dikalikan dengan harga standar dari bahan-bahan tersebut dengan standar harga yang dikeluarkan Pemda tahun 2003, maka akan ketemu biaya total bahan pakai habis tersebut selama 1 tahun. Padahal selama tahun 2003 rumah sakit telah melakukan pelayanan di rawat inap sebanyak 25358 hari rawat. Kemudian data ini digunakan sebagai dasar estimasi untuk menghitung bahan medis pakai habis di ruang VVIP dengan estimasi 703 hari rawat, dan VIP dengan estimasi 2464 hari rawat. Hal ini seperti terlihat lampiran 1. Sehingga akan mendapat estimasi unit cost sebagai berikut tabel 4.4:

Tabel 4.4. Unit Cost Estimasi Bahan Medis Pakai Habis ruang VVIP

No	Jenis Bahan	Estimasi Penggunaan VIP	Hari Rawat VVIP	unit cost
1	Alkohol	Rp318,953.00	703	Rp453.70
2	Handschaen	Rp254,879.00	703	Rp362.56
3	Plester	Rp166,767.00	703	Rp237.22
4	Formalin	Rp3,243.00	703	Rp4.61
5	Betadine	Rp199,106.00	703	Rp283.22
6	Kassa	Rp377,836.00	703	Rp537.46
7	Kapas	Rp309,954.00	703	Rp440.90
8	Talk	Rp2,964.00	703	Rp4.22
9	Jely	Rp44,744.00	703	Rp63.65
10	Kertas EKG	Rp38,058.00	703	Rp54.14
	Jumlah			Rp2,441.68

Tabel 4.5. Unit Cost Estimasi Bahan Medis Pakai Habis ruang VIP

No	Jenis Bahan	Estimasi Penggunaan VIP	Hari Rawat VVIP	unit cost
1	Alkohol	Rp1,117,924.00	2464	Rp453.70
2	Handschaen	Rp893,348.00	2464	Rp362.56
3	Plester	Rp584,515.00	2464	Rp237.22
4	Formalin	Rp11,368.00	2464	Rp4.61
5	Betadine	Rp697,864.00	2464	Rp283.22
6	Kassa	Rp1,324,310.00	2464	Rp537.46
7	Kapas	Rp1,086,383.00	2464	Rp440.90
8	Talk	Rp10,389.00	2464	Rp4.22
9	Jely	Rp156,830.00	2464	Rp63.65
10	Kertas EKG	Rp133,392.00	2464	Rp54.14
	Jumlah			Rp2,441.69

b. Biaya Alat Rumah Tangga

Alat rumah tangga yang dimaksud disini adalah alat yang nilai rupiahnya kecil dan penggunaannya tergolong pakai habis. Alat –alat ini seperti sabun mandi, sabun cuci, Bayclin, Baygon, Bayfresh, Baterai, abu gosok, prostex, plastik sampah, Rinso. Data diperoleh dari catatan penggunaan masing-

masing bangsal rawat inap bangsal Mawar, Dahlia, Cempaka, Melati dan Anggrek selama 1 tahun. Kemudian direkap dengan menggunakan form Alat Rumah Tangga. Masing-masing item biaya dari jenis alat dijumlah, kemudian dikalikan dengan harga standar dari bahan- bahan tersebut dengan standar harga yang dikeluarkan Pemda tahun 2003, maka akan ketemu biaya total bahan pakai habis tersebut selama 1 tahun .Padahal selama tahun 2003 rumah sakit telah melakukan pelayanan di rawat inap sebanyak 25358 hari rawat. Kemudian data ini digunakan sebagai dasar estimasi untuk menghitung bahan medis pakai habis di ruang VVIP dengan estimasi 703 hari rawat, dan VIP dengan estimasi 2464 hari rawat. Hal ini seperti terlihat lampiran 2. Sehingga akan mendapat estimasi unit cost sebagai berikut tabel 4.6.:

Tabel 6. Unit Cost Estimasi Alat Rumah Tangga ruang VIP

No	Jenis Bahan	VIP		Unit Cost
		Biaya Total	Hari rawat	
1	Sabun mandi	Rp19,738.00	703	Rp28.08
2	Sabun cuci	Rp19,239.00	703	Rp27.37
3	Bayclin	Rp14,138.00	703	Rp20.11
4	Baygon	Rp33,267.00	703	Rp47.32
5	Bayfresh	Rp33,267.00	703	Rp47.32
6	VIM	Rp4,990.00	703	Rp7.10
7	Kapur barus	Rp9,980.00	703	Rp14.20
8	Abu gosok	Rp2,162.00	703	Rp3.08
9	Prostek	Rp4,990.00	703	Rp7.10
10	Lap pel	Rp2,910.00	703	Rp4.14
11	Waslap	Rp7,540.00	703	Rp10.73
12	Sabut spon	Rp2,550.00	703	Rp3.63
13	Tissue gulung	Rp3,992.00	703	Rp5.68
14	Serbet	Rp2,162.00	703	Rp3.08
15	Sikat	Rp5,544.00	703	Rp7.89
16	Rinso	Rp240,247.00	703	Rp341.75
17	Plastik sampah	Rp282,386.00	703	Rp401.69
18	Baterai besar	Rp1,316.00	703	Rp1.87
19	Baterai kecil	Rp1,663.00	703	Rp2.37
20	Sabun colek	Rp1,053.00	703	Rp1.50
21	Super busa	Rp942.00	703	Rp1.34
	Jumlah			Rp987.31

Tabel 4.7. Unit Cost Estimasi Alat Rumah Tangga Ruang VIP

No	Jenis Bahan	VIP		Unit Cost
		Biaya Total	Hari rawat	
1	Sabun mandi	Rp69,184.00	2464	Rp28.08
2	Sabun cuci	Rp67,434.00	2464	Rp27.37
3	Bayclin	Rp49,555.00	2464	Rp20.11
4	Baygon	Rp116,602.00	2464	Rp47.32
5	Bayfresh	Rp116,602.00	2464	Rp47.32
6	VIM	Rp17,490.00	2464	Rp7.10
7	Kapur barus	Rp34,980.00	2464	Rp14.20
8	Abu gosok	Rp7,579.00	2464	Rp3.08
9	Prostek	Rp17,490.00	2464	Rp7.10
10	Lap pel	Rp10,202.00	2464	Rp4.14
11	Waslap	Rp26,429.00	2464	Rp10.73
12	Sabut spon	Rp8,939.00	2464	Rp3.63
13	Tissue gulung	Rp13,992.00	2464	Rp5.68
14	Serbet	Rp7,579.00	2464	Rp3.08
15	Sikat	Rp19,433.00	2464	Rp7.89
16	Rinso	Rp842,062.00	2464	Rp341.75
17	Plastik sampah	Rp989,758.00	2464	Rp401.69
18	Baterai besar	Rp4,615.00	2464	Rp1.87
19	Baterai kecil	Rp5,830.00	2464	Rp2.37
20	Sabun colek	Rp3,692.00	2464	Rp1.50
21	Super busa	Rp3,303.00	2464	Rp1.34
	Jumlah			Rp987.32

c. Biaya Alat Tulis Kantor

Yaitu biaya alat tulis kantor atas penggunaan perlengkapan kantor seperti kertas, Ballpoint, dan lain – lain di bangsal. Data diperoleh dari catatan penggunaan masing-masing bangsal rawat inap bangsal Mawar, Dahlia, Cempaka, Melati dan Anggrek selama 1 tahun, yaitu data tahun 2003. Kemudian direkap dengan menggunakan form Alat Tulis Kantor. Masing-masing item biaya dari jenis alat dijumlah, kemudian dikalikan dengan harga standar dari bahan- bahan tersebut dengan standar harga yang

dikeluarkan Pemda tahun 2003, maka akan ketemu biaya total Alat Tulis Kantor tersebut selama 1 tahun. Padahal selama tahun 2003 rumah sakit telah melakukan pelayanan di rawat inap sebanyak 25358 hari rawat. Kemudian data ini digunakan sebagai dasar estimasi untuk menghitung bahan medis pakai habis di ruang VVIP dengan estimasi 703 hari rawat dan VIP dengan estimasi 2464 hari rawat. Hal ini seperti terlihat lampiran 2. Sehingga akan mendapat estimasi unit cost sebagai berikut tabel 4.8:

Tabel 4.8. Unit Cost Estimasi Alat Tulis Kantor untuk ruang VVIP

No	Jenis Bahan	VVIP		Unit Cost
		Biaya Total	Hari rawat	
1	Bolpoint	4834	703	Rp6.88
2	Kertas buram	590333	703	Rp839.73
3	Isi staples kecil	3459	703	Rp4.92
4	Klip	2162	703	Rp3.08
5	Kertas payung	1912	703	Rp2.72
6	Karbon	542220	703	Rp771.29
7	Buku kwaro	19295	703	Rp27.45
8	Spidol Snowman	6362	703	Rp9.05
9	Spidol Broodmarker	12159	703	Rp17.30
10	Pensil	4701	703	Rp6.69
11	Pensil merah-biru	2578	703	Rp3.67
12	Penggaris	415	703	Rp0.59
13	Benang Kasur	2328	703	Rp3.31
14	Penghapus	2328	703	Rp3.31
15	Silet	9980	703	Rp14.20
16	Lem	698	703	Rp0.99
17	Buku folio	21856	703	Rp31.09
18	Buku ekspedisi	2861	703	Rp4.07
19	Kertas/folio	4665	703	Rp6.64
20	Blangko Askes	5405	703	Rp7.69
	Jumlah			Rp1,764.65

Tabel 4.9: Unit Cost Estimasi Alat Tulis Kantor untuk ruang VIP

No	Jenis Bahan	VIP		Unit Cost
		Biaya Total	Hari rawat	
1	Bolpoint	16946	2464	Rp6.88
2	Kertas buram	2069107	2464	Rp839.73
3	Isi staples kecil	12126	2464	Rp4.92
4	Klip	7579	2464	Rp3.08
5	Kertas payung	6704	2464	Rp2.72
6	Karbon	1900471	2464	Rp771.30
7	Buku kwaro	67629	2464	Rp27.45
8	Spidol Snowman	22300	2464	Rp9.05
9	Spidol Broodmarker	42618	2464	Rp17.30
10	Pensil	16479	2464	Rp6.69
11	Pensil merah-biru	9036	2464	Rp3.67
12	Penggaris	1457	2464	Rp0.59
13	Benang Kasur	8162	2464	Rp3.31
14	Penghapus	8162	2464	Rp3.31
15	Silet	34980	2464	Rp14.20
16	Lem	2448	2464	Rp0.99
17	Buku folio	76607	2464	Rp31.09
18	Buku ekspedisi	10027	2464	Rp4.07
19	Kertas/folio	16353	2464	Rp6.64
20	Blangko Askes	18947	2464	Rp7.69
	Jumlah			Rp1,764.67

d. Biaya Penyusutan Gedung

Biaya yang diinvestasikan untuk pembangunan Pavillium Wijaya Kusuma dilakukan secara bertahap, mulai anggaran tahun 2002, tahun 2003 dan tahun 2004 yaitu seperti tabel 4.10:

Tabel 4.10. Tahapan Penganggaran pembangunan Pavillium Wijaya Kusuma

No	Tahun anggaran	tahapan	Dana dlm Rp
1	2002	Uang muka	885.000.000
2	2003	Tahap 1	3.911.213.200
3	2003	Tahap 2	2.916.312.500
4	2004	Tahap 3	1.835.722.000
		jumlah	9.548.247.700

Dengan menggunakan rumus biaya penyusutan

$$AIC = \frac{IIC (1 + I)^t}{L}$$

L

Tabel 4.11. Biaya Penyusutan Gedung Pavilliun

No	Nama Alat	Jumlah	Harga satuan	Total harga	Tingkat inflasi	Biaya Penyusutan
1	Bangunan Pavilliun	1		Rp9,548,247,700.00	0.041	Rp496,986,292.79

Maka biaya penyusutan gedung Pavilliun adalah Rp 496.986.292,79. Sehingga estimasi untuk klas VVIP dan VIP adalah seperti pada tabel 4.12 dan 4.13

Tabel 4.12. Unit Cost Estimasi Biaya Penyusutan Untuk VVIP

No	Keterangan	Total Biaya Penyusutan	Total kamar	Kamar VVIP	Total Estimasi Biaya Penyusutan VVIP	Hari rawat	Unit Cost Estimasi
1	Bangunan Pavilliun	Rp496,986,292.79	59	14	Rp117,928,950.83	703	Rp167,751.00

Tabel 4.13. Unit Cost Estimasi Biaya Penyusutan Untuk VIP

No	Keterangan	Total Biaya Penyusutan	Total kamar	Kamar VIP	Total Estimasi Biaya Penyusutan VIP	Hari rawat	Unit Cost Estimasi
1	Bangunan Pavilliun	Rp496,986,292.79	59	45	Rp379,057,341.96	2464	Rp153,838.21

e. Biaya Penyusutan Alat Medis

Mula- mula dilakukan pendataan alat- alat medis yang digunakan di ruang VVIP dan VIP. Berdasarkan hasil wawancara dengan bagian pengadaan alat-alat medis rumah sakit, alat yang digunakan di ruangan tersebut adalah pengadaan tahun 2003 – 2004. Dari data tersebut kemudian dicari harga pembeliannya dengan cara mengalikan jumlah pembelian dengan standar harga HPS(Harga Perkiraan Sendiri) yang dibuat oleh Panitia Pengadaan dan Pengguna anggaran berdasarkan survey pasar. Kemudian dihitung biaya penyusutannya dengan rumus seperti pada perhitungan biaya penyusutan gedung, tetapi dengan patokan umur barang tersebut 8 tahun.Adapun datanya seperti pada tabel 4.11. berikut ini:

Tabel 4.14. Biaya Penyusutan Alat Medis Pavillium Wijaya Kusuma .

No	Nama Alat	Total Harga	laju Inflasi	Biaya Penyus
1	Stetoskop Reister	Rp968,000.00	0.041	Rp125,961.00
2	Tensi meter	Rp3,000,000.00	0.041	Rp390,375.00
3	Termometer	Rp154,000.00	0.041	Rp20,039.25
4	Timbangan Badan	Rp200,000.00	0.041	Rp26,025.00
5	Neer Beken	Rp440,000.00	0.041	Rp57,255.00
6	Stekpan Stainless	Rp5,100,000.00	0.041	Rp663,637.50
7	WWZ	Rp66,000.00	0.041	Rp8,588.25
8	Es Cup	Rp49,500.00	0.041	Rp6,441.19
9	Irigator	Rp990,000.00	0.041	Rp128,823.75
10	Gunting Verban	Rp100,000.00	0.041	Rp13,012.50
11	Section Pump	Rp58,000,000.00	0.041	Rp7,547,250.00
12	Sterilisator Smic	Rp3,300,000.00	0.041	Rp429,412.50
13	Pinset Anatomi	Rp240,000.00	0.041	Rp31,230.00
14	Resusitator Anak	Rp240,000.00	0.041	Rp31,230.00
15	Resusitator Dewasa	Rp8,800,000.00	0.041	Rp1,145,100.00
16	Gunting HF	Rp330,000.00	0.041	Rp42,941.25
17	Airway Guedel	Rp708,000.00	0.041	Rp92,128.50
18	Reflex Hammer	Rp100,000.00	0.041	Rp13,012.50
19	Lampu Tindakan	Rp805,000.00	0.041	Rp104,750.63
20	ECG	Rp60,000,000.00	0.041	Rp7,807,500.00
21	Lain-lain	Rp10,000,000.00	0.041	Rp1,301,250.00

Dari tabel tersebut diatas, maka akan diperoleh estimasi biaya penyusutan untuk ruang VVIP dengan perhitungan perbandingan jumlah ruang yang ada dibanding dengan total kamar yang ada di Pavillium Wijaya Kusuma, seperti tertuang pada tabel 4.15.

Tabel 4.15. Tabel Estimasi Biaya Penyusutan Alat Medis Ruang VVIP

No	Nama Alat	Total Penyusutan	VVIP	Biaya Penyusutan
1	Stetoskop Reister	Rp125,961.00	14	Rp29,889.05
2	Tensi meter	Rp390,375.00	14	Rp92,631.36
3	Termometer	Rp20,039.25	14	Rp4,755.08
4	Timbangan Badan	Rp26,025.00	14	Rp6,175.42
5	Neer Beken	Rp57,255.00	14	Rp13,585.93
6	Stekpan Stainless	Rp663,637.50	14	Rp157,473.31
7	WWZ	Rp8,588.25	14	Rp2,037.89
8	Es Cup	Rp6,441.19	14	Rp1,528.42
9	Irigator	Rp128,823.75	14	Rp30,568.35
10	Gunting Verban	Rp13,012.50	14	Rp3,087.71
11	Section Pump	Rp7,547,250.00	14	Rp1,790,872.88
12	Sterilisator Smic	Rp429,412.50	14	Rp101,894.49
13	Pinset Anatomi	Rp31,230.00	14	Rp7,410.51
14	Resusitator Anak	Rp1,202,355.00	14	Rp285,304.58
15	Resusitator Dewasa	Rp1,145,100.00	14	Rp271,718.64
16	Gunting HF	Rp42,941.25	14	Rp10,189.45
17	Airway Guedel	Rp92,128.50	14	Rp21,861.00
18	Reflex Hammer	Rp13,012.50	14	Rp3,087.71
19	Lampu Tindakan	Rp365,000.63	14	Rp86,610.32
20	ECG	Rp7,807,500.00	14	Rp1,852,627.12
21	Lain-lain	Rp1,301,250.00	14	Rp308,771.19
	Jumlah			Rp5,082,080.40

Kemudian dihitung unit cost estimasi biaya penyusutan alat medis tiap kamar VVIP, yang dihitung dari jumlah total estimasi biaya

penyusutan dibagi dengan estimasi hari rawat selama satu tahun, seperti pada tabel 4.16.

Tabel 4.16. Unit Cost Estimasi Biaya Penyusutan Alat Medis Ruang VVIP

No	Nama Alat	Biaya Penyusutan	Hr Rawat	Unit Cost Estimasi
1	Stetoskop Reister	Rp29,889.05	703	Rp42.52
2	Tensi meter	Rp92,631.36	703	Rp131.77
3	Termometer	Rp4,755.08	703	Rp6.76
4	Timbangan Badan	Rp6,175.42	703	Rp8.78
5	Neer Beken	Rp13,585.93	703	Rp19.33
6	Stekpan Stainless	Rp157,473.31	703	Rp224.00
7	WWZ	Rp2,037.89	703	Rp2.90
8	Es Cup	Rp1,528.42	703	Rp2.17
9	Irigator	Rp30,568.35	703	Rp43.48
10	Gunting Verban	Rp3,087.71	703	Rp4.39
11	Section Pump	Rp1,790,872.88	703	Rp2,547.47
12	Sterilisator Smic	Rp101,894.49	703	Rp144.94
13	Pinset Anatomi	Rp7,410.51	703	Rp10.54
14	Resusitator Anak	Rp285,304.58	703	Rp405.84
15	Resusitator Dewasa	Rp271,718.64	703	Rp386.51
16	Gunting HF	Rp10,189.45	703	Rp14.49
17	Airway Guedel	Rp21,861.00	703	Rp31.10
18	Reflex Hammer	Rp3,087.71	703	Rp4.39
19	Lampu Tindakan	Rp86,610.32	703	Rp123.20
20	ECG	Rp1,852,627.12	703	Rp2,635.32
21	Lain-lain	Rp308,711.19	703	Rp439.13
	Jumlah			Rp7,229.05

Tabel 4.17. Estimasi Biaya penyusutan Alat Medis Ruang VIP

No	Nama Alat	Total Penyusutan	VIP	Biaya Penyusutan
1	Stetoskop Reister	Rp125,961.00	45	Rp96,071.95
2	Tensi meter	Rp390,375.00	45	Rp297,743.64
3	Termometer	Rp20,039.25	45	Rp15,284.17
4	Timbangan Badan	Rp26,025.00	45	Rp19,849.58
5	Neer Beken	Rp57,255.00	45	Rp43,669.07
6	Stekpan Stainless	Rp663,637.50	45	Rp506,164.19
7	WWZ	Rp8,588.25	45	Rp6,550.36
8	Es Cup	Rp6,441.19	45	Rp4,912.77
9	Irigator	Rp128,823.75	45	Rp98,255.40
10	Gunting Verban	Rp13,012.50	45	Rp9,924.79
11	Section Pump	Rp7,547,250.00	45	Rp5,756,377.12
12	Sterilisator Smic	Rp429,412.50	45	Rp327,518.01
13	Pinset Anatomi	Rp31,230.00	45	Rp23,819.49
14	Resusitator Anak	Rp1,202,355.00	45	Rp917,050.42
15	Resusitator Dewasa	Rp1,145,100.00	45	Rp873,381.36
16	Gunting HF	Rp42,941.25	45	Rp32,751.80
17	Airway Guedel	Rp92,128.50	45	Rp70,267.50
18	Reflex Hammer	Rp13,012.50	45	Rp9,924.79
19	Lampu Tindakan	Rp365,000.63	45	Rp278,390.31
20	ECG	Rp7,807,500.00	45	Rp5,954,872.88
21	Lain-lain	Rp1,301,250.00	45	Rp992,478.81
	Jumlah			Rp16,335,258.42

4.18. Estimasi Unit Cost Biaya Penyusutan Alat Medis Ruang VIP

No	Nama Alat	Biaya Penyusutan	Hr Rawat	Unit Cost Estimasi
1	Stetoskop Reister	96,071.95	2464	Rp38.99
2	Tensi meter	297,743.64	2464	Rp120.84
3	Termometer	15,284.17	2464	Rp6.20
4	Timbangan Badan	19,849.58	2464	Rp8.06
5	Neer Beken	43,669.07	2464	Rp17.72
6	Stekpan Stainless	506,164.19	2464	Rp205.42
7	WWZ	6,550.36	2464	Rp2.66
8	Es Cup	4,912.77	2464	Rp1.99
9	Irigator	98,255.40	2464	Rp39.88
10	Gunting Verban	9,924.79	2464	Rp4.03
11	Section Pump	5,756,377.12	2464	Rp2,336.19
12	Sterilisator Smic	327,518.01	2464	Rp132.92
13	Pinset Anatomi	23,819.49	2464	Rp9.67
14	Resusitator Anak	917,050.42	2464	Rp372.18
15	Resusitator Dewasa	873,381.36	2464	Rp354.46
16	Gunting HF	32,751.80	2464	Rp13.29
17	Airway Guedel	70,267.50	2464	Rp28.52
18	Reflex Hammer	9,924.79	2464	Rp4.03
19	Lampu Tindakan	278,390.31	2464	Rp112.98
20	ECG	5,954,872.88	2464	Rp2,416.75
21	Lain-lain	992,478.81	2464	Rp402.79
	Jumlah		2464	Rp6,629.57

f. Biaya Penyusutan Alat Non Medis

Mula- mula dilakukan pendatan alat- alat Non medis yang digunakan di ruang VVIP dan VIP dengan melihat buku inventaris alat- alat non medis pada petugas Pavillium Wijaya Kusuma. Berdasarkan hasil wawancara dengan bagian pengadaan alat-alat medis rumah sakit, alat yang digunakan di ruangan tersebut adalah pengadaan tahun 2003 – 2004. Dari data tersebut kemudian dicari harga pembeliannya dengan cara mengalikan jumlah pembelian dengan standar harga HPS(Harga Perkiraan Sendiri)

yang dibuat oleh Panitia Pengadaan dan Pengguna anggaran berdasarkan survey pasar. Kemudian dihitung biaya penyusutannya dengan rumus seperti pada perhitungan biaya penyusutan gedung, tetapi dengan patokan umur barang tersebut 5 tahun. Dalam menghitung biaya penyusutan alat non medis ini perlu dilakukan pengelompokan barangnya berdasarkan umur manfaat barang berdasarkan keputusan Menteri Keuangan RI No 138/KMK.03/2003 . Adapun datanya seperti pada tabel 4.19 berikut ini untuk grup 1 tidak ada biaya penyusutannya, tabel 4.20. untuk grup 2 sesuai kelompok 1 .SK Menteri Keuangan RI No 138/KMK.03/2003 dan tabel 4.21 untuk grup 3 sesuai kelompok 2,:

Tabel 4.19. Daftar Inventaris Alat Non Medis grup 1 Pavilliun Wijaya Kusuma

No	Nama Alat	Jumlah	Harga satuan	Total harga	Tingkat inflasi	Biaya Penyusutan
1	Sofa	45	Rp1,681,616.00	Rp75,672,720.00	0.041	Rp19,693,825.38
2	Almari Pasien	59	Rp1,390,747.00	Rp82,054,073.00	0.041	Rp21,354,572.50
3	Kulkas besar	14	Rp2,891,700.00	Rp40,483,800.00	0.041	Rp10,535,908.95
4	Kulkas kecil	45	Rp1,891,800.00	Rp85,131,000.00	0.041	Rp22,155,342.75
5	Meja kursi makan	14	Rp3,498,636.00	Rp48,980,904.00	0.041	Rp12,747,280.27
6	TV 21" \$Remote	14	Rp2,166,700.00	Rp30,333,800.00	0.041	Rp7,894,371.45
7	TV 14" & Remote	45	Rp1,544,800.00	Rp69,516,000.00	0.041	Rp18,091,539.00
	Jumlah					Rp112,472,840.29

Tabel 4. 20 Daftar Inventaris Alat Non Medis grup 2 Pavilliun Wijaya
Kusuma

No	Nama Alat	Jumlah	Harga satuan	Total harga
1	Bantal&slup	59	Rp35,000.00	Rp2,065,000.00
2	Guling&slup	59	Rp37,500.00	Rp2,212,500.00
3	Sprei	59	Rp50,000.00	Rp2,950,000.00
4	Perlak	59	Rp30,000.00	Rp1,770,000.00
5	Stik laken	59	Rp22,000.00	Rp1,298,000.00
6	Bed cover	59	Rp150,000.00	Rp8,850,000.00
7	Selimut	59	Rp65,000.00	Rp3,835,000.00
8	Korden besar	59	Rp200,000.00	Rp11,800,000.00
9	korden kecil	59	Rp100,000.00	Rp5,900,000.00
10	Jam dinding	59	Rp25,000.00	Rp1,475,000.00
11	Rak sepatu plastik	59	Rp31,000.00	Rp1,829,000.00
	Jumlah			Rp43,984,500.00

Tabel 4. 21 Daftar Inventaris Alat Non Medis grup 3 Pavilliun Wijaya
Kusuma

No	Nama Alat	Jumlah	Harga satuan	Total harga	Tingkat inflasi	Biaya Penyusutan
1	Tempat tidur & tiang infus	59	Rp7,464,200.00	Rp440,387,800.00	0.041	Rp57,305,462.48
2	Oxigen Central	1	Rp74,522,000.00	Rp74,522,000.00	0.041	Rp9,697,175.25
3	AC& Remote	59	Rp5,500,000.00	Rp324,500,000.00	0.041	Rp42,225,562.50
4	Rak handuk stainless	59	Rp60,000.00	Rp3,540,000.00	0.041	Rp460,642.50
5	Tempat sampah stainless	59	Rp65,000.00	Rp3,835,000.00	0.041	Rp499,029.38
6	Water heater& xhouse fan	1	Rp226,850,000.00	Rp226,850,000.00	0.041	Rp29,518,856.25
	Jumlah					Rp139,706,728.35

Tabel 4. 22 Daftar Inventaris Alat Non Medis grup 1,2,3 Pavilliun Wijaya
Kusuma

No	Alat non medis	jumlah	Total Penyusutan
1	Grup1	1	Rp112,472,840.29
2	Grup 2	1	Rp43,984,500.00
3	Grup 3	1	Rp139,706,728.35
	Jumlah		Rp296,164,068.64

Kemudian dilakukan perhitungan untuk estimasi unit cost alat non medis di ruang VVIP, dengan cara perbandingan antara jumlah kamar VVIP dibagi Total kamar Pavilliun dikalikan dengan Total biaya Penyusutan untuk alat non medis, seperti terlihat pada tabel 4.23 berikut,

Tabel 4.23. Unit Cost Estimasi Biaya Penyusutan Alat medis untuk Ruang
VVIP

No	Alat non medis	Total biaya Penyusutan	VVIP	Estimasi biaya Penyus. VVIP	Hari rawat	Estimasi Unit Cost
1	Grup 1	Rp112,472,840.29	14	Rp26,688,470.58	703	Rp37,963.69
2	Grup 2	Rp43,984,500.00	14	Rp10,437,000.00	703	Rp14,846.37
3	Grup 3	Rp139,706,728.35	14	Rp33,150,749.10	703	Rp47,156.12
	Jumlah					Rp99,966.17

Dari perhitungan ini maka diperoleh biaya unit cost untuk peralatan non medis di klas VVIP sebesar Rp 99,966.17

Sedang tabel 4.24 untuk ruang VIP,

Tabel 4.24. Unit Cost Estimasi Biaya Penyusutan Alat medis untuk Ruang
VIP

No	Alat non medis	Total biaya Penyusutan	VIP	Estimasi biaya Penyus. VIP	Hari rawat	Estimasi Unit Cost
1	Grup 1	Rp112,472,840.29	45	Rp85,784,369.71	2464	Rp34,815.09
2	Grup 2	Rp43,984,500.00	45	Rp33,547,500.00	2464	Rp13,615.06
3	Grup 3	Rp139,706,728.35	45	Rp106,555,979.25	2464	Rp43,245.12
	Jumlah					Rp91,675.26

Dari perhitungan ini maka diperoleh biaya unit cost untuk peralatan non medis di klas VVIP sebesar Rp 91,675.26

g. Biaya Jasa Medis Dokter dan Biaya Jasa Perawatan

Analisis biaya jasa pelayanan medis dan para medis tidak dilakukan secara teoritik, karena secara teoritis jasa pelayanan tersebut merupakan penghargaan profesional yang belum ada pedomannya. Sehingga tarifnya hanya berdasarkan kelayakan, tarip rumah sakit sekitarnya dan daya kemampuan dan kemauan masyarakat sekitarnya., kesepakatan dengan pelaksana. Adapun data tarip rumah sakit sekitarnya adalah sebagai berikut, seperti pada tabel 4.25.

Tabel 4.25. Tarip jasa Medis dan Perawat di rumah sakit sekitar

layanan	RS Ananda		RS Puri Asih		RS Ungaran	
	V VIP	VIP	VVIP	VIP	V VI P	VIP
Visite dr spesialis	-	Rp60.000	Rp 60.000	Rp 55.000	-	Rp 25.000
Asuhan keperawatan	-	Rp15.000	Rp 20.000	Rp 15.000	-	Rp 22.500

Tarif yang diusulkan berdasarkan kesepakatan dengan tim pelaksana adalah:

Visite dokter spesialis Rp 63.000,- untuk VVIP dan Rp 46.000,- untuk VIP.

Sedang untuk asuhan keperawatan Rp 35.000,- untuk VVIP dan Rp 28.000,- untuk VIP

Tarif layanan profesional ini tidak dijadikan satu paket dengan tarif akomodasi kamar, karena perlakuan manajemennya berbeda.

h. Biaya Laundry

Untuk mengetahui biaya Laundry maka digunakan data *laundry* pada pasien Non VIP yang terjadi pada tahun 2003 sebagai dasar untuk menghasilkan unit cost. Adapun datanya sebagai berikut tabel 4.26:

Tabel 4.26. Banyaknya materi Laundry dalam 1 tahun di layanan rawat inap selama tahun2003

No	Jenis kain	Total lembar	Berat lebar gram	1 dlm	Berat total/gram
1	Laken/sprei	32536	670		21799120
2	Stik laken	19914	200		3982800
3	Sarung bantal	32576	200		6515200
4	Selimut lurik	16179	670		10839930
5	Gordyn jendela	827	670		554090
6	Wash lap	7422	100		742200
7	Handuk besar	12972	800		10377600
8	Selimut Wool	0			
9	Handuk kecil	6591	200		1318200
10	Duk lubang besar	265	100		26500
11	Duk lubang kecil	0			
12	Jas Operasi	5470	800		4376000
13	Jas Besmet	7440	800		5952000
14	Taplak	2144	200		428800
15	Perlak	1114	800		891200
16	Segitiga	1199	200		239800
17	Slup guling	1940	200		388000
18	Rukuh	457	800		365600
19	Serbet	465	100		465000
20	Jas lab/Ro	970	1200		1164000
21	Topi operasi	404	200		80800
22	Masker	1074	100		107400
23	Baju operasi	7404	500		3702000
		159363			73897740

Menurut Neufert (2002) bahwa pencucian pakaian untuk Rumah Sakit adalah 12 - 15 kg/ tempat tidur per minggu.²¹

Sedangkan kebutuhan bahan untuk pencucian selama satu tahun adalah sebagai berikut pada tabel 4.27:

Tabel 4.27. Kebutuhan Bahan Cuci 1 tahun

No	Kebutuhan	Harga Rp/unit	jumlah	Total Rp
1	Rinso	14.000	96	1.344.000
2	Sabun batangan	2.000	1200	2.400.000
3	Sabun Sunrise	2000	384	768.000
4	Bayclin	6000	144	864.000
5	Super pel	12000	48	576.000
6	Sabun mandi	2000	48	96.000
7	Sikat cuci	3000	72	216.000
8	Kain Pel	7000	48	336.000
9	Lisol	6000	48	288.000
10	Sikat tangkai	6000	12	72.000
11	Sekrap	12000	12	144.000
	Total			7.104.000

Sedang gaji petugas (tukang cuci)seluruhnya selama 1 bulan Rp 2.000.000,- sehingga total satu tahun sebesar Rp 24.000.000,-.Sedang untuk biaya alat tulis kantor selama satu tahun sebesar Rp 43.200,-.

Total biaya laundry selama satu tahun sebesar Rp 31.147.200,-

Sehingga perkiraan biaya cuci per kilogram adalah: Rp 31.147.200,- :

73.897,740 Kg = Rp 421/ Kg.

Jadi unit cost Estimasi Laundry adalah Rp 421,- x 15 kg = Rp 6315,-

i. Biaya Makan

Dari hasil wawancara dengan bagian gizi dan bagian keuangan didapat hasil bahwa harga makanan untuk satu hari rawat sudah ditetapkan sebesar Rp 35.000,- untuk klas VVIP dan Rp 30.000,- untuk klas VIP..

j. Biaya Listrik

Dalam menghitung biaya listrik yang terjadi seharusnya dengan menghitung jumlah titik lampu dan alat-alat medis dan non medis dikalikan waktu pemakaian serta dikalikan tarif listrik per KWH. Namun karena penulis tidak menemukan data pemakaian titik lampu dan pemakaian alat medis dan non medis, maka digunakan pendekatan sebagai berikut yaitu dari hasil wawancara dengan bagian keuangan, rekening listrik untuk bulan November 2004 mengalami kenaikan tagihan sebesar Rp 28.000000,-, Padahal tagihan rekening Listrik sebelumnya sebesar Rp 14.000.000,-, Sehingga estimasi biaya listrik untuk 1 bulan sebesar Rp 14.000.000,-, sehingga untuk satu tahun butuh biaya untuk listrik sebesar Rp 168.000000,-.

Asumsi untuk klas VVIP= $14 \times \text{Rp } 168.000.000,- = \text{Rp } 39.864.406$

59

Asumsi untuk klas VIP = $45 \times \text{Rp } 168.000.000,- = \text{Rp } 128.135.593,$

59

Adapun estimasi unit costnya adalah sebagai berikut tabel 4.28.

Tabel 4.28. Unit Cost Estimasi Biaya Listrik

No	Item biaya	Total	hari rawat	Unit Cost
1	biaya listrik VVIP	Rp39,864,406.00	703	Rp56,706.13
2	biaya listrik VIP	Rp128,135,593.00	2464	Rp52,003.08

k. Biaya Cleaning servis

Untuk menghitung biaya cleaning servis digunakan patokan luas area dikalikan biaya per meterpersegi perbulan sebesar Rp 2000,-.Sedangkan luas gedung adalah 3417,6 m².Sehingga biaya satu bulan sebesar Rp 6.835.200,-, Jika selama satu tahun akan butuh biaya sebesar Rp 82.002.400,-.Maka estimasi untuk VVIP adalah $14/59 \times \text{Rp } 82.002.400 = \text{Rp } 19.462.942,-$ sedang untuk VIP $456/59 \times \text{Rp } 82.002.400 = \text{Rp } 62.559.457,-$.Adapun estimasi unit costnya adalah seperti pada tabel 4.29.

Tabel 4.29. Estimasi unit cost Cleaning servis

No	Item biaya	Total	hari rawat	Unit Cost
1	cleaning servis VVIP	Rp19,462,942.00	703	Rp27,685.55
2	cleaning servis VIP	Rp62,559,457.00	2464	Rp25,389.39

l. Biaya pemakaian air

Untuk menelusuri data tentang banyaknya pemakaian air di ruang Pavilliun mengalami kesulitan karena tidak ada alat pengukur pasti dan meterannya jadi satu. Sehingga perlu dilakukan estimasi penggunaannya serta biayanya.Data yang diperoleh di bagian keuangan ,untuk biaya pemakaian air selama 1 tahun sebesar Rp 41.161.285,- dengan 25358

hari rawat. Sehingga untuk klas VVIP dengan 703 hari rawat maka perkiraan biaya yang digunakan adalah Rp 1.141.114,-.Sedang untuk klas VIP dengan 2464 hari rawat membutuhkan biaya sebesar Rp 3.999.582,-. Dari perhitungan diatas maka unit cost untuk pemakaian air adalah seperti pada tabel 4.30.

Tabel 4.30. Unit Cost Estimasi biaya Pemakaian air

No	Klas	hari rawat	Total biaya	Unit cost
1	VVIP	703	Rp1,141,114.00	Rp1,623.21
2	VIP	2464	Rp3,999,582.00	Rp1,623.21

m. Gaji Pegawai yang bertugas di ruang Pavilliun Wijaya Kusuma

Cara memperolehnya yaitu data di bagian kepegawaian dan keuangan adalah sebagai berikut seperti pada tabel 4.31

Tabel 4.31. daftar Kepegawaian ruang Pavillium Wijaya Kusuma

Lantai	status kepegawaian	Pendidikan	Jumlah	Total gaji/ bl
1	PNS:			
	IV a	Sarjana	1	Rp1,506,600.00
	III c	Sarjana	2	Rp2,587,300.00
	IIIb	D3 Akper	1	Rp1,388,500.00
	IIIa	D3 Ekonomi	1	Rp1,198,100.00
	Tenaga Kontrak			
		Sarjana	1	Rp315,000.00
		D3 Ekonomi	5	Rp1,450,000.00
		SLTA	5	Rp1,350,000.00
2	PNS:			
	IIIa	D3 Akper	1	Rp1,320,300.00
	IIC	D3 Akper	2	Rp1,403,900.00
	Tenaga Kontrak			
		D3 Akper	12	Rp3,600,000.00
3	PNS:			
	IIIb	Bidan	1	Rp1,413,500.00
	IIB	D3 Akper	1	Rp1,223,800.00
	IIC	D3 Akper	1	Rp742,500.00
	Tenaga Kontrak			
			D3 Akper	9
				Rp22,199,500.00

Jadi gaji Karyawan yang bertugas di ruang Pavillium selama 1 bulan adalah Rp 22.199.500,-,Estimasi selama 1 tahun gaji yang harus dibayarkan adalah 12 x Rp 22.199.500,-= Rp 266.394.000,-.

Untuk mengetahui perkiraan gaji yang menjadi beban klas VVIP adalah 14/59 x Rp 266.394.000,-=Rp 63.212.135,-

sedang yang menjadi beban klas VIP adalah 45/59 x Rp 266.394.000,-= Rp 203.181.864,-.Untuk mengetahui unit cost dari gaji pegawai Pavillium adalah seperti pada tabel 4.32.

Tabel 4.32. Unit Cost gaji Karyawan di ruang Pavilliun Wijaya Kusuma

No	Klas	Biaya	Hari rawat	Unit Cost
1	VVIP	Rp 63.212.135	703	Rp 89.917,-
2	VIP	Rp203.181.864	2464	Rp 82.460,-

2. Biaya tak langsung

Biaya tak langsung adalah biaya yang secara riil tidak dalam suatu layanan sebuah instalasi yang bersangkutan tetapi terjadi di bagian lain yang berhubungan dengan instalasi itu, namun dampak biaya tersebut mempengaruhi kinerja instalasi tersebut yang termasuk golongan ini adalah

- a. Gaji/honor/tunjangan para staf direksi
- b. Biaya yang terjadi di bagian akuntansi dan keuangan, meliputi biaya telpun, biaya listrik,clening servis, biaya pendidikan
- c. Biaya yang terjadi pada Instalasi Pemeliharaan sarana rumah sakit

Untuk menelusuri data-data tersebut diatas,maka penulis menggunakan data tahun 2003 sebagai acuannya untuk mengestimasiya,seperti pada tabel 4.33

Tabel 4.33. Biaya tidak langsung

No	Keterangan	Biaya pertahun	Estimasi untuk beban VVIP	Estimasi untuk beban VIP
1	Gaji/ honor staf direksi	Rp81,910,109.00	Rp5,486,801.56	Rp17,636,147.87
2	Biaya tilpun	Rp3,843,997.00	Rp257,492.62	Rp827,654.86
3	Cleaning servis sekr	Rp960,000.00	Rp64,306.22	Rp206,698.56
4	Biaya Pendidikan	Rp33,640,000.00	Rp2,253,397.13	Rp7,243,062.20
5	Biaya IPRS	Rp97,773,800.00	Rp6,549,441.15	Rp21,051,775.12
6	Uang perangsang	Rp186,827,000.00	Rp12,514,727.27	Rp40,225,909.09

Sehingga untuk mengetahui unit cost masing- masing biaya tak langsung adalah estimasi biaya yang ditanggung ruang dibagi dengan jumlah hari rawat. Hal ini dapat dilihat pada tabel 4.28 dan 4.34 berikut ini

Tabel 4.34. Unit Cost Estimasi Biaya tak langsung untuk klas VVIP

No	Item Biaya	Total Biaya 1 tahun	Hari rawat	Unit Cost
1	Gaji/ honor staf direksi	Rp5,486,801.56	703	Rp7,804.84
	Biaya tilpun	Rp257,492.62	703	Rp366.28
	Cleaning servis sekrt	Rp64,306.22	703	Rp91.47
	Biaya Pendidikan	Rp2,253,397.13	703	Rp3,205.40
	Biaya IPRS	Rp6,549,441.15	703	Rp9,316.42
	Uang perangsang	Rp12,514,727.27	703	Rp17,801.89
	jumlah			Rp38,586.30

Tabel 4.35. Unit Cost Estimasi Biaya tak langsung untuk klas VIP

No	Item Biaya	Total Biaya 1 tahun	Hari rawat	Unit Cost
1	Gaji/ honor staf direksi	Rp17,636,147.87	2464	Rp7,157.53
2	Biaya tilpun	Rp827,654.86	2464	Rp335.90
3	Cleaning servis sekrt	Rp206,698.56	2464	Rp83.89
4	Biaya Pendidikan	Rp7,243,062.20	2464	Rp2,939.55
5	Biaya IPRS	Rp21,051,775.12	2464	Rp8,543.74
6	Uang perangsang	Rp40,225,909.09	2464	Rp16,325.45
	jumlah			Rp35,386.06

Jadi unit cost lengkap untuk biaya tak langsung di VVIP adalah Rp 38.586,30 Sedangkan unit cost tak lengkap(tanpa gaji dan uang perangsang) adalah Rp 12.979,57 , -

Jadi unit cost lengkap untuk biaya tak langsung di VIP adalah Rp35.386,06 Sedangkan unit cost tak lengkap(tanpa gaji dan uang perangsang) adalah Rp 11.903,08

Dari uraian diatas maka perhitungan unit cost untuk klas VVIP dan VIP adalah terdiri dari komponen biaya langsung dan biaya tak langsung secara lengkap yang dapat digambarkan pada tabel 4.36 ,

Tabel 4.36. Total Unit Cost Estimasi lengkap Klas VVIP dan VIP

No	Item Biaya	Unit Cost VVIP	Unit Cost VIP
1	Bahan Medis Pakai Habis	Rp2,441.68	Rp2,441.89
2	Alat Rumah Tangga	Rp987.31	Rp987.32
3	Alat Tulis Kantor	Rp1,764.65	Rp1,764.67
4	Penyusutan gedung	Rp167,751.00	Rp153,838.21
5	Penyusutan alat medis	Rp7,229.05	Rp6,629.57
6	Penyusutan alat non medis	Rp99,966.17	Rp91,675.26
7	Laundry	Rp6,315.00	Rp6,315.00
8	Makan	Rp35,000.00	Rp30,000.00
9	Listrik	Rp56,706.13	Rp52,003.08
10	Cleaning Servis	Rp27,685.55	Rp25,389.39
11	pemakaian air	Rp1,623.21	Rp1,623.21
12	gaji petugas	Rp89,917.00	Rp82,460.00
13	Biaya tak langsung	Rp38,586.30	Rp35,386.06
	Total unit cost	Rp535,973.05	Rp490,513.66

Jadi untuk klas VVIP mempunyai biaya Total unit Cost sebesar Rp 535,973.05 serta untuk klas VIP sebesar Rp 490,513.66

Karena BPRSUD merupakan institusi rumah sakit milik pemerintah, maka untuk gaji dan investasi sudah merupakan subsidi yang harus ditanggung pemerintah .Maka Unit Cost tanpa gaji dan subsidi atau disebut unit cost tak lengkap adalah seperti pada tabel 4.37 berikut ini:

Tabel 4.37. Unit Cost Estimasi tak lengkap klas VVIP dan VIP

No	Item Biaya	Unit Cost VVIP	Unit Cost VIP
1	Bahan Medis Pakai Habis	Rp 2,441.68	Rp 2,441.89
2	Alat Rumah Tangga	Rp 987.31	Rp 987.32
3	Alat Tulis Kantor	Rp 1,764.65	Rp 1,764.67
4	Laundry	Rp 6,315.00	Rp 6,315.00
5	Makan	Rp 35,000.00	Rp 30,000.00
6	Listrik	Rp 56,706.13	Rp 52,003.08
7	Cleaning Servis	Rp 27,685.55	Rp 25,389.39
8	pemakaian air	Rp 1,623.21	Rp 1,623.21
9	Biaya tak langsung	Rp 12,979.57	Rp 11,903.08
	Total unit cost	Rp 145,503.10	Rp 132,427.64

Jadi Unit Cost tak lengkap untuk klas VVIP adalah sebesar Rp 145.503,10 sedang untuk klas VIP sebesar Rp 132.427,64

I. Tarif Rumah Sakit Pesaing

Dalam rangka menentukan tarif yang harus ditetapkan untuk rawat inap klas VVIP dan VIP, maka perlu dilakukan analisis *Benchmarking* terhadap tarif rumah sakit sekitar , yaitu rumah sakit Puri Asih, rumah sakit Ananda, RSUD Kabupaten Boyolali. Adapun datanya adalah sebagai berikut tabel 4.38.

Tabel 4.38. Tarif rawat inap klas VVIP dan VIP rumah sakit sekitar

No	Kamar	Puri Asih	Ananda	Boyolali
1	VVIP	Rp 280.000,-	-	Rp 300.000,-
2	VIP	Rp 195.000,-	Rp 175.000,-	Rp 180.000,-

Untuk rumah sakit Puri Asih menetapkan tarif rawat inap untuk klas VVIP sebesar Rp 280.000,- dan VIP sebesar Rp 195.000,- dengan fasilitas yang hampir sama. Sedang untuk rumah sakit Ananda menyediakan klas tertingginya yaitu klas VIP

dengan tarif Rp 175.000,-. Untuk rumah sakit Boyolali penetapan klas VVIP sebesar Rp 300.000,- dan untuk klas VIP sebesar Rp 180.000,-

J. Penentuan Tarif

Berdasar hasil wawancara mendalam dengan direktur RSUD Salatiga, untuk menentukan tarif klas VVIP dan VIP tahun pertama di Paviliun Wijaya Kusuma sangat banyak faktor-faktor yang mempengaruhinya sebagai bahan pertimbangan. Dengan memanfaatkan ceruk pasar yang terjadi, fasilitas dan servis yang ada serta posisi RSUD Salatiga terhadap rumah sakit-rumah sakit sekitar dimana RSUD bukan merupakan pilihan satu-satunya, maka ditetapkan usulan tarif sebagai berikut pada tabel 4.39.

Tabel 39. Usulan Tarif klas VVIP dan VIP

No	Kamar	Unit Cost Lengkap	Unit Cost Tak Lengkap	Usulan Tarif
1	VVIP	Rp 535.043,61	Rp 145.503,10	Rp 240.000,-
2	VIP	Rp 490,513.66	Rp 132.427,64	Rp 180.000,-

Tarif yang diusulkan untuk klas VVIP adalah Rp 240.000,- dan untuk VIP sebesar Rp 180.000,- dengan analisa bahwa rumah sakit Pemerintah Kota Salatiga bukan merupakan satu-satunya rumah sakit pilihan yang ada di kota ini, tetapi masih banyak pilihan yang sejenis. Untuk menarik pangsa pasar yang ada maka diusulkan tarif sedikit dibawah tarif RSUD Kabupaten Boyolali dan RSU Puri Asih serta sedikit lebih tinggi dari RSU Ananda.

K. Analisa Break Even Point

Perhitungan analisis *Break even point* (BEP) dilakukan pada dua versi, yaitu dengan gaji dan investasi dan yang tidak lengkap. Pada penghitungan ini digunakan konsep biaya tetap dan biaya tidak tetap.

Biaya keseluruhan (*Total Cost*) merupakan penjumlahan *Total Fixed Cost* dengan *Total Variable Cost*. BEP bisa dicapai apabila *Total Cost* sama dengan *Total Revenue*

Pada tabel 4.40.dibawah ini adalah pengelompokan biaya yang termasuk *Fixed Cost* dan *Variable Cost* pada Klas VVIP

Tabel 4.40. *Fixed Cost* lengkap pada klas VVIP

No	Jenis Biaya	Keterangan	Jumlah
1	Fixed Cost	Biaya penyusutan gedung	Rp117,928,950.83
2		Biaya penyusutan alat medis	Rp5,082,080.40
3		Biaya penyusutan alat non medis	Rp70,276,219.68
4		Biaya Pemeliharaan	Rp6,549,441.00
5		Biaya Pendidikan SDM	Rp2,253,397.00
6		Insentif dan uang perangsang	Rp11,308,983.00
7		Cleaning Servis	Rp19,462,942
8		Gaji	Rp68,698,936.00
		jumlah	Rp301,560,949.91

Tabel 4.41. *Variable Cost* lengkap pada klas VVIP

No	Jenis Biaya	Keterangan	Jumlah
1	Variable Cost	Bahan Medis Pakai Habis	Rp1,716,504
2		Alat Tulis Kantor	Rp1,240,551
3		Alat Rumah Tangga	Rp694,087
4		Gizi	Rp24,605,000
5		Listrik	Rp39,864,406
6		Tilpun	Rp1,038,741
7		Air	Rp1,141,114
		Jumlah	Rp70,300,403

Keterangan:

TC = TR

TR = RV x Q

TC = Total Cost

TR = Total Revenue

Q = Quantity

Estimasi hari rawat inap= jumlah hari dalam 1 tahun x jumlah TT x BOR

LOS

TC= FC + VC

= Rp 283.289.682,- + Rp 89.196.158,-

= Rp 373.053.027,-

Q = $\frac{TC}{\text{Tarip}}$ = $\frac{373.053.027}{240.000} = 1.554,3876$

Tarip 240.000

$\frac{365}{4} \times 14 \times X\% = 1.549.42$

4

X = BOR = 121%

Jadi BEP akan terjadi kalau BORnya 121%, hal ini tidak mungkin bisa tercapai dalam kurun waktu 1 tahun, namun mungkin bisa tercapai dalam waktu 3 tahun.

Bila Investasi, Insentip dan perangsang serta gaji tidak dihitung ,maka BEP untuk VVIP adalah sebagai berikut:

Fixed cost Rp 8.802.838,-, sedang variable costnya Rp 89.763.345,-

Sehingga $Q = \frac{98.566.183}{240} = 410,69$

240

$\frac{365 \times 14 \times X}{100}$

100

$1277,5 \times X = 410.692$

$X = \text{BOR} = 32\%$

Jadi BEP ruang VVIP terujud bila tingkat pencapaiannya lewat BOR 32%.

Tabel 4.42 dibawah ini adalah pengelompokan biaya yang termasuk Fixed Cost Lengkap dan Variable Cost lengkap pada Klas VIP.

Tabel 4.42. Fixed cost untuk klas VIP

No	Jenis Biaya	Keterangan	Jumlah
1	Fixed Cost	Biaya penyusutan gedung	Rp379,057,341.96
2		Biaya penyusutan alat medis	Rp16,335,285.42
3		Biaya penyusutan alat non medis	Rp225,887,848.96
4		Biaya Pemeliharaan	Rp21,051,775.00
5		Biaya Pendidikan SDM	Rp7,243,062.00
6		Insentip dan uang perangsang	Rp40,225,909.00
7		Gaji	Rp220,818,011.00
8		Cleaning Servis	Rp62,559,457
		jumlah	Rp973,178,690.34

Tabel 4.43. Variable cost untuk klas VIP

No	Jenis Biaya	Keterangan	Jumlah
1	Variable Cost	Bahan Medis Pakai Habis	Rp6,016,323
2		Alat Tulis Kantor	Rp4,348,138
3		Alat Rumah Tangga	Rp2,432,760
4		Gizi	Rp73,920,000
5		Listrik	Rp128,135,593
6		Tilpun	Rp1,038,741
7		Air	Rp3,999,582
8		Jumlah	Rp219,891,137

Sehingga Total Cost untuk klas VIP selama 1 tahun adalah :

$$\text{Rp } 973,178,690.34 + \text{Rp } 219,891,137.00 = \text{Rp } 1,193,069,827.34$$

$$Q = \text{jumlah hari rawat dalam 1 tahun} = \frac{1,193,069,827.34}{180.000} = 6628.16$$

$$180.000$$

$$\text{Jumlah hari rawat} = \frac{\text{jumlah hari dalam 1 tahun} \times \text{Jumlah TT} \times \text{BOR}}{\text{LOS}}$$

LOS

$$6628.16 = \frac{365 \times 45 \times \text{BOR}}{4}$$

4

$$\text{BOR} = 147\%$$

BEP terjadi bila BOR =147% , hal ini tidak mungkin terjadi pada tahun pertama, tetapi mungkin bisa tercapai dalam kurun waktu 3 tahun. Karena rumah sakit ini adalah milik pemerintah maka investasi dan gaji merupakan subsidi yang diberikan oleh pemerintah dalam rangka merealisasi program Depkes RI. Maka untuk *Fixed Cost* dihitung tanpa gaji dan investasi, sebagai berikut:

BEP VIP tak lengkap:

Fixed Cost = Rp 21.051.775,- + Rp 7.243.062 + Rp 62,559,457= Rp 90,854,294.00

Variable Cost = Rp 219,891,137

Total Cost = Rp 90,854,294.00 + Rp 219,891,137 = Rp 310.745.431,-

Q = Jumlah hari rawat = $\frac{310.745.431}{180.000}$ = 1726,36

180.000

Jumlah hari rawat= jumlah hari dalam 1 tahun x Jumlah TT x BOR

LOS

$1726,36 = \frac{365}{4} \times 45 \times \text{BOR}$

4

BOR = 42%

Berarti BEP tercapai bila BORnya 42%

L. Aliran Kas Bersih

Untuk mengetahui Aliran kas bersihnya ,maka:

Perhitungan biaya operasional tahun 2003 =Rp 5,849,722,000

Jumlah tempat tidur =150

Jumlah Hari =365

Biaya operasional rata-rata perhari per Tempat tidur $150 \times \frac{5,849,722,000}{365}$

365

=Rp106,844

Perhitungan estimasi tarif kamar minimal

Estimasi Total Pembangunan RSUD Rp11,323,809,000

Rencana jumlah tempat tidur:

	VVIP =	45
	VIP =	14
Faktor konversi	VVIP =	0,60
	VIP =	0,80
Tingkat bunga pertahun	=	15%
Umur Proyek	=	20 tahun

Rencana jumlah Tempat Tidur perhari

	VVIP =	$14 \times 0,60 = 8$
	VIP =	$45 \times 0,80 = 36$
	Total =	44 TT
Biaya Operasional / tahun	=	$44 \times 106,844 \times 365$
	=	Rp 1,715,918,453

Tarif kamar Minimal / TT/Hari= $11,323,809,000 \times 0,1598 + 1,715918,453$

3,525,463,131

44×365

Tarif VVIP =Rp 219,518,dibulatkan Rp 220,000

Tarif VIP = $0,8 \times \text{Rp } 220,000$

=Rp 176,000

Pendapatan VIP= $45 \times 365 \times 55\% \times \text{Rp } 175,000 = \text{Rp } 1,580,906,250$

Pendapatan VVIP= $14 \times 365 \times 55\% \times \text{Rp } 220,000 = \underline{\text{Rp } 618,310,000} +$

Total pendapatan = Rp 2,199,216,250

Biaya Operasional + Investasi baru

VIP = $45 \times 365 \times 55\% \times \text{Rp } 140,000$ = Rp 1,264,725,000

VVIP = $14 \times 365 \times 55\% \times \text{Rp } 176,000$ = Rp 494,648,000 +

Rp 1,759,373,000

Jadi aliran kas bersihnya yaitu Rp 2,199.216,250 – Rp 1,759,373,000 =

Rp 439,843,250

M. Faktor Pendukung Dan Penghambat Operasional Pavillium Wijaya Kusuma

Untuk mengetahui faktor-faktor pendukung dan penghambat dalam rangka beroperasionalnya layanan VVIP dan VIP di Pavillium Wijaya Kusuma ini, maka telah dilakukan wawancara mendalam terhadap beberapa *stakeholders*, pada bulan Desember tahun 2004 yaitu Direktur BPRSUD, Kepala DKK, Ketua Bappeda, Walikota serta Ketua DPRD. Adapun hasilnya sebagai berikut:

1. Direktur BPRSUD

Tuntutan pelayanan kesehatan di era globalisasi yang kompetitif telah membawa dampak perubahan yang sangat cepat dan kompleks, khususnya terhadap pelayanan kesehatan rumah sakit. dengan visi Mewujudkan rumah sakit mandiri sebagai pilihan utama dengan pelayanan yang bermutu serta dengan misi menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna, berhasil guna dan berdaya guna, melaksanakan perubahan terus-menerus dalam pemenuhan kebutuhan pelayanan prima, meningkatkan sumber daya yang sesuai dan meningkatkan kesejahteraan karyawan.

Bertahan dan berkembang merupakan azas pokok untuk menempuh masa depan. Dengan melihat kenyataan bahwa :

- a. kesehatan adalah hak azasi manusia;
- b. Kewajiban untuk melayani orang miskin;
- c. Harus tanggap terhadap tuntutan segmen masyarakat yang mampu;
- d. Keterlibatan BPRSUD dalam persaingan dengan rumah sakit sekitar dalam menangkap potensi pasar serta memperebutkan Sumber Daya Manusianya;
- e. Semakin majunya teknologi kedokteran dan teknologi manajemen serta
- f. Inflasi input kesehatan dan ekonomi yang tak kunjung reda,

maka perlu segera diwujudkan dalam kenyataan untuk segera memulai perubahan status ke rumah sakit tipe B. Sebagai langkah awal telah dibangun Pavilliun Wijaya Kusuma secara bertahap dengan anggaran dari Pemerintah Daerah Kota Salatiga. Hal ini sudah tertera di dalam Renstra tahun 2002 – 2006. Pada tahun 2004 ruang Pavilliun sudah selesai dibangun serta sudah mulai dilengkapi sarana dan prasarannya. Harapanya Pavilliun ini dapat menjawab peluang pasar atau sering disebut “ceruk pasar”. Sehingga supaya hasilnya bermanfaat maka perlu dilakukan analisis biaya, Bench marking, ATP dan WTP untuk memunculkan harga yang memadai sesuai pangsa pasar di Kota Salatiga

Berbagai hambatan dalam mewujudkan usaha ini ,antara lain masih tingginya ego sektoral pada lingkup Pemda, Kemampuan dana operasional rumah sakit yang diandalkan untuk mewujudkan otonomi daerah di bidang kesehatan belum sepenuhnya dapat dilaksanakan, tuntutan dari Pemerintah Daerah dimana RSUD masih diharapkan sebagai sumber utama Pendapatan Asli Daerah.

Didalam pelaksanaan operasionalnya nanti, layanan VVIP dan VIP tidak sekedar mengandalkan sebuah bangunan fisik yang mewah saja tetapi harus diimbangi dengan kesiapan dari SDM yang mendukung dalam memberikan layanan harus

cepat dan tepat serta senyum dalam melayani pasien. Dengan semboyan Gembira dan sejahtera dalam kualitas pelayanan bagi semua, itulah yang selalu dibekalkan bagi semua karyawannya. Sehingga diharapkan baik pasien dan karyawan semuanya akan puas.

2. Walikota

Dalam kepemimpinan Walikota Totok Mintarto ini sangat mendukung dengan apa yang telah dicantumkan didalam Renstra Kota yaitu mewujudkan RSUD sebagai rumah sakit tipe B. Hal ini karena bertujuan akan memenuhi kewajiban utama negara dalam mensejahterakan rakyatnya, khususnya menyediakan fasilitas yang lengkap bagi penduduk kota Salatiga apabila sakit, sudah bisa diatasi oleh Kota Salatiga sendiri serta tidak perlu keluar kota. Jadi diharapkan transaksi ekonomi tetap berada dikota Salatiga.

Sebagai langkah awal telah dibangun ruang Paviliun untuk layanan VIP, dimana akan berfungsi mengatasi ceruk pasar yang ada serta diharapkan berfungsi sebagai subsidi silang bagi kelas yang dibawahnya.

Salah satu upaya untuk menciptakan pangsa pasar adalah membuka kesempatan bagi investor luar kota untuk mendirikan Hotel di Salatiga, meningkatkan sektor Wisata, serta pabrik yang padat karya, sekolah internasional, diharapkan mereka juga akan menggunakan fasilitas Kesehatan VIP ini.

Harapan Walikota adalah agar dalam melayani pasien harus selalu prima serta senyum.

3. Ketua DPRD

Secara politis ada dukungan terhadap operasional layanan kesehatan untuk kelas VIP dan VVIP di Paviliun Wijaya Kusuma, sehingga penduduk sekitar

yang tergolong mampu tidak perlu keluar kota untuk mendapatkan layanan VIP. Dengan tarif yang ada diharapkan dapat memberi subsidi silang bagi kelas yang lebih rendah. Diharapkan direktur memberi target waktu kapan harus dicapai. Dewan setuju bahwa RSUD tidak dijadikan sumber utama PADS, tetapi agar lebih bisa menunjukkan kapabilitasnya dalam melayani bidang kesehatan untuk masyarakat. Rumah sakit kedepan harus menggunakan prinsip sosio-ekonomi.

4. Kepala Dinas Kesehatan Kota

Dengan akan beroperasionalnya Layanan Rawat Inap VVIP dan VIP di BPRSUD Kota Salatiga, diharapkan tarifnya terjangkau oleh masyarakat kota Salatiga. Selain itu mutu pelayanan yang profesional agar selalu ditingkatkan, tidak boleh kalah dengan rumah sakit swasta. Dengan demikian masyarakat kota Salatiga dan sekitarnya kalau sakit tidak perlu jauh – jauh berobat ke Semarang atau Boyolali atau Surakarta bahkan tidak perlu ke luar negeri.

Kecenderungan penggunaan kelas VVIP dan VIP khususnya di kota besar meningkat, hal ini bisa dilihat dari indikator BOR dan LOS. Kenaikan ini tidak terlepas dari situasi dan kondisi yang semakin kondusif.

Rujukan yang selama ini berlangsung sudah berjalan dengan baik.

Didalam mengoperasionalkan layanan VVIP dan VIP ini agar dalam waktu 1 tahun dilakukan evaluasi bagaimana respon masyarakat terhadap fasilitas tersebut.

5. Kepala Bappeda

Pada prinsipnya Bappeda mendukung di dalam perencanaan pembangunan bidang kesehatan serta mengamankan apa yang sudah menjadi kebijakan Walikota dengan persetujuan DPRD. Namun karena PADS Kota Salatiga

sangat rendah , maka upaya yang dilakukan oleh Direktur untuk meraih dana dari pemerintah Pusat untuk pengembangan investasi akan sangat didukung oleh Bappeda.

BAB V

PEMBAHASAN

Perubahan harga yang terjadi secara terus – menerus di era otonomi daerah sejak tahun 2001 memicu rumah sakit untuk meningkatkan kinerjanya. Sebagai organisasi pelayanan kesehatan milik pemerintah daerah RSUD harus mampu mengantisipasi perubahan yang terjadi akibat pelaksanaan otonomi daerah sekaligus menghadapi era perdagangan bebas sekarang ini.

Kebijakan otonomi daerah tersebut mempunyai dampak yang cukup berarti terhadap pola pendanaan di rumah sakit. Sumber dana yang berasal dari beberapa sumber dari pusat sampai daerah sekarang ini berubah menjadi satu sumber saja yaitu Dana Alokasi Umum dari pemerintah daerah. Dana ini apabila tidak sama dengan besarnya dana pada tahun sebelumnya maka akan mengganggu jalannya operasional rumah sakit. Untuk menutup biaya operasional dan biaya lainya yang terjadi, disamping berasal dari sumber dana pemerintah daerah juga diharapkan berasal dari pendapatan fungsional rumah sakit itu sendiri. Konsekuensinya adalah efisiensi pelayanan kesehatan di rumah sakit menjadi sangat penting. Hal ini sesuai dengan kebijakan pemerintah untuk kemandirian rumah sakit daerah yang tercermin dalam program swadana atau swakelola. Akibatnya rumah sakit harus mampu dalam pengelolaan biaya secara komprehensif.

Menurut Subanegara (2005) ,usaha untuk mencapai pelayanan kesehatan yang efisien di rumah sakit sangat berhubungan dengan kemampuan, pengetahuan, ketrampilan dan perilaku sumber daya manusia yang ada, mulai

dari dokter, perawat dan pegawai non medis. Informasi biaya menjadi sangat penting²².

Karena dengan adanya informasi ini pihak pimpinan akan dapat menilai efisiensi tidaknya kinerja setiap instansi dalam hal ini Pavillium Wijaya Kusuma. Disamping itu informasi biaya khususnya unit cost juga bisa dijadikan untuk menetapkan tarif pelayanan WVIP dan VIP yang mencerminkan realitas biaya yang terjadi. Maka sangat perlu dilakukan analisis biaya dengan metode *Real cost*.

A. Penggunaan Metoda *Real Cost* Dalam Analisis Biaya

Penelitian analisis biaya dengan metode *Real Cost* ini merupakan penelitian pertama di Pavillium Wijaya Kusuma RSUD Kota Salatiga . Analisis ini menggunakan pendekatan penggolongan biaya menurut sesuatu yang dibiayai yaitu biaya langsung dan biaya tak langsung. Hal ini dilakukan karena karakteristik rumah sakit yang terdiri dari banyak instalasi yang mempunyai banyak jenis layanan. Karena itu penggolongan biaya yang paling tepat digunakan adalah biaya menurut sesuatu yang dibiayai atau *real cost*. Pendekatan biaya realitas ini pada prinsipnya bertujuan untuk mengidentifikasi biaya per item secara rinci tanpa perlu melakukan alokasi.

1. Keuntungan penggunaan metode *Real Cost*²³

Menurut Levy dalam *Financial Management of Hospital* tahun 1992 penggunaan penggolongan biaya ini akan memudahkan dalam menganalisis, khususnya dapat langsung dilakukan pengidentifikasian dan pengelompokan terhadap biaya yang terjadi yang berhubungan dengan jenis layanannya.

2. Kelemahan metode Real Cost

Tidak semua aktifitas layanan dapat diukur atau dicatat dengan menggunakan alat ukur yang ada, serta yang dianalisa ini adalah belum operasional, sehingga masih banyak menggunakan asumsi-asumsi yang dapat dipertanggung-jawabkan, ataupun berdasarkan patokan anggaran yang sudah dialokasikan oleh Pemerintah Daerah Kota Salatiga pada tiap-tiap tahun .

Penelitian ini akan sangat berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Ratmanti (2002) tentang biaya satuan klas perawatan Pavilliun Cendana untuk menentukan tarif yang realistis. Ratmanti menganalisa dengan metode *Activity Based Costing* dimana layanan sudah operasional selama 1 tahun dengan tarif yang sudah ada dimana penetapannya tidak didasarkan pada analisis biaya. Sedang pada penelitian yang dilakukan oleh Sutomo (2003) adalah Analisi keputusan investasi rawat inap bangsal super VIP RSUD Pandang Arang. Adapun metodenya menggunakan Discounted Cash Flows atau metode Internal Rate of Return (IRR) yang membuat Net Present Value menjadi 0. IRR juga dianggap tingkat keuntungan atas investasi bersih.

Adapun yang menjadi kelemahan pada penelitian ini adalah adanya beberapa data yang diperoleh berdasarkan angka estimasi – estimasi. Namun demikian untuk mengantisipasi terjadinya bias, maka penulis menghitung estimasi per item biaya, serta pada penghitungan biaya penyusutan juga dilakukan per item barang, serta data yang digunakan sebagai dasar estimasi adalah data rawat inap non VIP pada rumah sakit yang sama pada tahun 2003 selama 1 tahun.

B. Data Analisis

Salah satu aspek yang cukup penting dalam analisis unit cost adalah data dasar yang digunakan, Penelusuran data menggunakan data yang ada di perawatan rumah sakit tersebut selama 12 bulan yaitu dari Januari sampai dengan Desember . Menurut Neumann (1992), bahwa untuk melakukan pengamatan data dalam menentukan alokasi biaya paling tidak menggunakan data pelayanan selama 3 bulan berturut-turut.¹⁷

Data ini meliputi data jumlah hari rawat yang nantinya digunakan sebagai denominator dalam asumsi biaya, penggunaan alat tulis kantor, bahan medis pakai habis, alat rumah tangga , laundry serta data keuangan atau anggaran tahun 2003 dan lain-lain.

C. Biaya Total

Pembiayaan untuk investasi gedung dilakukan selama 3 tahap tahun anggaran ,dimulai tahun 2002 sampai dengan tahun 2004, dengan dana seluruhnya sejumlah Rp 9.548247.700,-. Untuk alat non medis menggunakan dana tahun anggaran 2004 sebesar Rp 1.546.296.597,- serta untuk alat medis sebesar Rp 164.447.000,-.

Menurut Gani (1993) kemandirian suatu pelayanan kesehatan dapat diwujudkan dengan memanfaatkan sumber daya yang ada³.

Sumber daya manusia di Pavillium Wijaya Kusuma masih terbatas .Penambahan akan disesuaikan dengan pola peningkatan BOR. Sehingga efektif dan efisiensi akan selalu terpelihara terus tanpa mengurangi kualitas dan servis layanan yang diberikan sesuai standar mutu. Sedang biaya operasional dan pemeliharaan

masih mengacu pada anggaran yang ditetapkan pemerintah daerah, sambil selalu diadakan evaluasi tiap tahunnya.

D. Unit Cost Estimasi Klas VVIP dan VIP Pada Pavillium Wijaya Kusuma

Perhitungan unit cost lengkap dengan menggunakan metode Real Cost klas VVIP adalah Rp 538.043,61 sedang untuk klas VIP adalah Rp 492.388,07. Apabila kita menggunakan unit cost lengkap maka break even point tidak akan pernah tercapai bila menggunakan tarif dibawah unit cost. Karena rumah sakit ini adalah milik pemerintah maka biaya investasi dan gaji merupakan subsidi dari pemerintah yaitu sebagai salah satu kewajibannya dalam merealisasi program-program Depkes RI. Sehingga akan ada perhitungan unit cost tak lengkap yaitu tanpa perhitungan gaji dan investasi yaitu sebesar Rp 145.500,10 per hari rawat untuk klas VVIP dan Rp 132.427,64 untuk klas VIP. Komponen dari unit cost ini terdiri dari biaya Bahan Medis Pakai Habis, Biaya Alat tulis Kantor, Biaya Alat rumah Tangga, Biaya Penyusutan Gedung, Biaya Penyusutan Alat Medis, Biaya Penyusutan Alat Non Medis, Biaya Laundry, Biaya Makan, Biaya Listrik, Biaya Pemakaian Air, Biaya Cleaning servis, Biaya Gaji Petugas, serta biaya tidak langsung lengkap terdiri dari biaya gaji/ honor staf direksi, biaya tilpun, cleaning cervis sekretariat, biaya pendidikan, Biaya IPRS serta uang perangsang. Sedang kalau unit costnya tak lengkap, maka untuk biaya tak langsung nya hanya terdiri dari biaya Pendidikan dan biaya IPRS saja.

E. Analisis Sensitivitas Unit Cost Estimasi Tanpa Gaji Dan Investasi

Dengan Unit Cost VVIP sebesar Rp 145.500,10, maka Break even point akan tercapai bila BOR nya mencapai 32% dengan tarif yang diajukan sebesar Rp

240.000,-. Sedang untuk klas VIP dengan unit cost tak lengkap sebesar Rp 132.427,64 maka Break even point akan tercapai pada BOR 42% dengan tarif yang ditetapkan sebesar Rp 180.000,-.

Dari hasil wawancara mendalam dengan Walikota ,DPRD, Kepala Bappeda, Kepala Dinas Kesehatan Kota, maka pada prinsipnya mendukung kegiatan pengembangan tersebut dengan tujuan sebagai *Wing Bussines yang dapat berfungsi subsidi silang* untuk klas yang lain, namun harus dibarengi dengan servis layanan prima , senyum dengan tarif yang terjangkau,tidak berbeda jauh dengan tarif rumah sakit pesaing .Walikota mempunyai kebijakan akan menarik para investor untuk investasi di kota Salatiga antara lain didirikannya hotel berbintang, pabrik, peningkatan sektor pariwisata , Universitas, sekolah internasional, dimana kelak juga akan memanfaatkan fasilitas kota termasuk kalau sakit memanfaatkan layanan VVIP dan VIP Pavillium Wijaya Kusuma

Dari hasil wawancara dengan direktur rumah sakit, serta melihat tujuan awal pendirian Pavillium Wijaya Kusuma dengan tujuan sebagai *Wing Bussines* untuk subsidi silang akan tercapai, bila tingkat pencapaian BOR akan melewati 32% untuk klas VVIP dan 42% untuk klas VIP. Ini diharapkan pada akhir tahun pertama dapat tercapai.

Tentunya hal ini akan tercapai dengan tetap memperhatikan standar mutu pelayanan serta servis yang baik oleh para SDMnya. Menurut Subanegara (2005) bahwa bisnis rumah sakit adalah bisnis kepercayaan (*Trusty Business*) atau ada yang mengatakan *Value business*. Oleh karena itu, maju atau tidaknya bisnis dibidang ini akan sangat ditentukan oleh bisa dipercayanya pelayanan suatu rumah sakit oleh para pelanggannya. Pada dekade sekarang ini sangat sulit untuk mempertahankan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan rumah

sakit. Hal ini terbukti dengan maraknya tuntutan terhadap rumah sakit maupun dokter dan tenaga lainnya di rumah sakit. Jika melihat suatu pengelolaan rumah sakit dari pendekatan *Balance score card* dengan empat perspektif, yaitu perspektif pengembangan dan pembelajaran SDM, proses bisnis internal, pelanggan dan keuangan, maka dapat dilihat bahwa cikal bakal dalam menentukan terbentuknya kepercayaan pelanggan terhadap rumah sakit adalah SDM di rumah sakit itu sendiri. Artinya apapun yang terjadi di rumah sakit adalah akibat dari budaya dalam organisasi tersebut. Sedang budaya sangat ditentukan oleh individu-individu yang berada dalam organisasi tersebut. Berbagai tawaran menarik dan berbeda telah bermunculan sesuai dengan bergesernya selera pelanggan. Ada tiga macam pasar pelayanan kesehatan yaitu pertama jenis *Dumb*, yang masih menerima pelayanan apa adanya dengan prinsip biaya murah, kedua adalah jenis *Snob* yaitu jenis pasar dimana mereka menginginkan pelayanan yang menurut persepsinya berkualitas standar dan mereka mengerti bahwa biaya yang mereka keluarkan akan sesuai dengan apa yang mereka dapatkan. Ketiga adalah jenis *Smart* yaitu pelanggan yang bisa digolongkan terhadap *Niche market* atau bahkan *specific market*, bahwa mereka betul-betul sangat menginginkan suatu pelayanan yang berbeda, menyenangkan dan *valuable*. Selain hal tersebut, *Brand image* adalah hal yang sangat penting. Yang penting bagaimana rumah sakit meningkatkan brand image dimata pasar yang saat ini semakin dewasa. 30% ditentukan oleh keadaan fisik bangunan, karena terjadi *intangible perception* dari pelanggan saat ini, akibatnya mereka mencari hal-hal yang *tangible* untuk dijadikan indikator mutu pelayanan di rumah sakit. Dan bangunan fisik yang menyenangkan akan menjadi buffer yang lumayan penting karena dapat meredam persepsi kualitas pelayanan rumah sakit²³.

Perhitungan analisis biaya dengan metode real cost sangat dipengaruhi oleh biaya tetap dan biaya variable dimana mencerminkan aktifitas pada setiap ruang perawatan. Semakin banyak hari rawatnya maka akan semakin efektif dan efisien untuk biaya tetapnya.

Bila dibanding dengan tarif rumah sakit kompetitor ,akan terlihat pada tabel berikut ini

Tabel 5.37. Perbandingan unit cost dan tarif rumah sakit

No	Layanan Rawat Inap	Unit Cost	Usulan tarif	Tarif RSU Boyolali	Tarif RSU Puri Asih	Tarif RSU Ananda
1	VVIP	Rp145.503,10	Rp240.000	Rp300.000,-	Rp 280.000,-	-
2	VIP	Rp132.427,64	Rp180.000	Rp 180.000	Rp 195.000,-	Rp 175.000,-

Maka posisi tarif yang diusulkan berada diantara tarif rumah sakit komperitor, tetapi melebihi unit costnya,dengan harapan break even point akan dapat dicapai. Sedangkan untuk tarif jasa medis VVIP sebesar Rp 63.000,- ,VIP sebesar Rp 46.000,-dan Asuhan keperawatan VVIP sebesar Rp 35.000,-,VIP sebesar Rp35.000,- dipisahkan dari unit cost kamar, karena setelah dipotong untuk jasa rumah sakit,maka akan dikembalikan untuk petugas yang bersangkutan.

Walaupun tarif ini telah ditentukan namun perubahan dinamis kondisi ekonomi dan sosial telah mengubah secara drastis perilaku dan sikap konsumen. Dengan semakin banyaknya pilihan produk di pasar dalam hal ini banyaknya rumah sakit swasta/ pemerintah disekitar, seluruh konsumen telah memiliki ekspektasi yang

lebih besar dari sebelumnya. Mereka tidak hanya berharap produk yang berkualitas tinggi namun juga harus disertai tarif yang terjangkau. Strategi tradisional yang membawa kesuksesan perusahaan akan kehilangan kemampuan aplikasinya pada pasar baru ini. Maka diperlukan seperangkat prinsip acuan (*guiding principle*) yang akan menciptakan keunggulan kompetitif yang berkelanjutan yang disebut *The Marketing Company* dimana rumah sakit itu menggunakan *The 18 Guiding Principle of the Marketing Company* yaitu²⁸:

1. Pemasaran adalah sebuah konsep Bisnis Strategis
2. Setiap orang / karyawan di rumah sakit adalah pemasar, apapun *job description* mereka.
3. tingkatkanlah *customer value* untuk memenangkan perang pemasaran.
4. Konsentrasi pada loyalitas *customer*, bukan hanya kepuasan *customer*
5. Rumah Sakit harus berkonsentrasi kepada perbedaan, bukan hanya kepada rata-rata.
6. Brand image sangat penting
7. Servis adalah jiwa suatu rumah sakit
8. Merek, servis dan proses sebagai tiga prinsip penciptaan *value* adalah penggerak untuk memenangkan *heart-share* dari *customer*
9. Segmentasi, *targeting* dan *positioning* adalah penggerak untuk memenangkan *mind-share* dari *customer*
10. Memandang pasar secara kreatif.
11. Seleksi sebuah segmen pasar yang meliputi ukuran pasar, pertumbuhan pasar, keunggulan kompetitif serta situasi pesaing.
12. Menciptakan sebuah eksistensi di benak *customer* dan memimpin mereka *secara kredibel*

13. Taktik pemasaran adalah deferensiasi (*Core Tactic*)
14. Marketing Mix adalah mengintegrasikan tawaran, logistik dan komunikasi.
15. Prinsip *Selling* adalah taktik untuk menciptakan hubungan jangka panjang dengan customer melalui produk layanan
16. Adanya keseimbangan antara segmentasi, *Targeting*, *Positioning*, Deferensiasi, *Marketing Mix*, *Selling*, *Merk*, Servis dan Proses
17. Harus tangkas agar dapat bertahan.
18. Menyeimbangkan aktivitas saat ini, aktivitas masa depan dan aktivitas di antara kedua waktu tersebut.

F. Gambaran perkiraan Penerimaan dan Pengeluaran Keuangan

Dari hasil perhitungan aliran kas bersih ,diketahui bahwa dengan tarif yang diperkirakan untuk VIP Rp 175.000,- dan VVIP sebesar Rp 220.000,- dengan perkiraan BOR 55% maka aliran kas bersihnya Rp 439,843,250,-. Sehingga diperkirakan dapat mensubsidi klas rawat inap yang dibawahnya.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut;

1. Telah tersedia bangunan Pavillium Wijaya Kusuma seluas 3417,6 ²m terdiri 14 kamar VVIP dan 45 kamar VIP dibangun secara bertahap dengan perincian dana APBD 2002 berupa uang muka sebesar Rp 885.000.000,-, tahun 2003 tahap 1 sebesar Rp 3.911.213.200,- tahap 2 sebesar Rp 2.916.312.500,- serta tahap ke 3 pada tahun 2004 sebesar Rp 1.835.722.000. Sehingga total anggaran sebesar Rp 9.548.247.700,-serta belum operasional
2. Tujuan dioperasionalkannya Pavillium Wijaya Kusuma adalah berfungsinya keseimbangan fungsi sosial dan fungsi ekonomi sehingga terwujud upaya subsidi silang dan tersedianya biaya untuk peningkatan mutu pelayanan sekaligus menangkap potensi ceruk pasar yang ada dengan visi mewujudkan rumah sakit mandiri sebagai pilihan utama dengan pelayanan yang bermutu serta dengan misi menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna, berhasil guna dan berdaya guna, melaksanakan perubahan terus-menerus dalam pemenuhan kebutuhan pelayanan prima, meningkatkan sumber daya yang sesuai dan meningkatkan kesejahteraan karyawan
3. Karena obyek penelitian adalah rumah sakit milik pemerintah, maka telah dilakukan analisis biaya dengan metode Real Cost dengan 2 versi yaitu dengan gaji dan investasi dan tanpa gaji dan investasi. Besarnya unit cost estimasi lengkap dengan gaji dan investasi layanan rawat inap klas VVIP sebesar Rp 538.043,61 sedang untuk klas VIP sebesar Rp 492.388,07. Sedang Unit Cost tanpa gaji dan Investasi untuk klas VVIP Rp 145.500,10, VIP sebesar Rp 132.427,64

4. Karena layanan rawat inap Pavillium Wijaya belum operasional ,maka dalam perhitungan analisis biaya dengan metode Real Cost, penulis menggunakan estimasi-estimasi dan asumsi-asumsi berdasarkan data layanan rawat inap di rumah sakit yang sama pada tahun 2003.
5. Analisis biaya ini digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam menentukan tarif layanan rawat inap VVIP dan VIP selain dilakukan Benchmarking, analisis ATP dan WTP dengan wawancara dengan beberapa stakeholder agar tujuannya tercapai
6. Setelah dilakukan analisis unit cost estimasi, analisis benckmarking, analisis sensitivitas melalui wawancara mendalam dengan beberapa stekeholder maka ditentuka tarif rawat inap untuk klas VVIP sebesar Rp 240.000,- perkamar perhari rawat serta uuntuk klas VIP sebesar Rp 180.000,- per kamar per hari rawat.Tarif ini dapat memberikan subsidi silang bagi klas di bawahnya
7. Apabila gaji dan investasi diperhitungkan maka break even point untuk klas VVIP terpenuhi bila BOR mencapai 121% serta untuk klas VIP terpenuhi bila BOR mencapai 147%. Hal ini mungkin dapat tercapai dalam kurun waktu 3 tahun.
8. Karena obyek penelitian adalah rumah sakit milik pemerintah, maka gaji dan investasi dianggap sebagai subsidi dari pemerintah dalam memenuhi salah satu kewajiban program Depkes RI.Maka dihitung Break even pont tanpa gaji dan investasi, dengan hasil BEP klas VVIP tercapai bila BOR mencapai 32%, sedang untuk BEP klas VIP tercapai bila BOR mencapai 42%
9. Pemberlakuan tarif ini perlu disertai dengan "*Service Exelent*" sehingga terwujud layanan prima serta senyum
10. Analisis biaya ini dapat digunakan sebagai bahan advokasi ke stakeholder khususnya DPRD dan Pemda tentang penyesuaian pembiayaan rumah sakit agar terwujud pelayanan prima.

B. SARAN

Berdasarkan kesimpulan tersebut diatas saran yang dapat disampaikan adalah sebagai berikut:

1. Untuk BPRSUD Kota Salatiga
 - a. Usulan tarif layanan rawat inap Pavillium Wijaya Kusuma untuk VVIP sebesar Rp 240.000,-/hari rawat serta klas VIP sebesar Rp 180.000,-/hari rawat untuk dapat diberlakukan, tentunya dengan *Service Excellent* sehingga diusahakan BOR untuk klas VVIP mencapai 32% dan VIP mencapai 42%.
 - b. Melakukan analisis biaya dengan metoda Real Cost pada klas VVIP dan VIP tanpa estimasi setelah layanan rawat inap ini operasional 1 tahun, untuk mengetahui biaya secara riil serta untuk mengantisipasi perubahan harga bahan alat habis pakai serta pemeliharaan peralatan elektronik yang canggih.
 - c. Pemberlakuan tarif VVIP dan VIP ini harus disertai "*Service Excellent*" oleh semua unsur penyedia layanan terutama dukungan para profesionalnya, yaitu terwujudnya layanan prima serta senyum agar BEP dapat segera dilewati sehingga tujuan dioperasionalkannya klas VVIP dan VIP ini segera terwujud.
 - d. Tidak dapat dihindari bahwa persaingan akan semakin menajam, yang berbasis pada persaingan *price* dan kualitas servis dari perusahaan, serta semakin disorotnya kinerja tinggi yang dapat menghasilkan produk yang kompetitif dan berbeda. Teknologi informasi berkembang sangat pesat, semakin menekan perusahaan yang tidak siap berteknologi digital. Pasar akan terpecah-pecah menjadi ceruk-ceruk pasar yang khas. Mencermati hal ini serta pada sisi lain kebutuhan akan kesehatan menjadi issue penting dimasa yang akan datang dan akan menjadi prioritas yang akan dicari oleh masyarakat, maka kita harus mampu mengenali apa yang terjadi dimasa yang akan datang yang harus disikapi secara mendalam oleh setiap unsur penyedia jasa .

2. Untuk Akademik

- a. Penelitian yang menyangkut upaya kinerja sumber daya manusia di Paviliun Wijaya Kusuma supaya dapat menyajikan *Service Excellent*
- b. Penelitian yang menyangkut persepsi, sikap dan perilaku pengguna layanan rawat inap VVIP dan VIP yang sesuai dengan harapan mereka
- c. Penelitian tentang ATP dan WTP pada segmen masyarakat calon pengguna VVIP dan VIP.

3. Untuk Pemerintah Daerah

- a. Perlunya penetapan anggaran dari Pemda untuk operasional rumah sakit berdasarkan penggunaan riilnya,serta bukan berdasarkan pagu .
- b. Perlunya memahami pola pembiayaan rumah sakit yang riil .

DAFTAR PUSTAKA

- ¹ Gani, A. Analisis dan Kebijakan tariff dalam elayanan Kesehatan: Seminar Optimalisasi Investasi Perorangan dan kelompok Bidang Kesehatan, Jakarta, 1993.
- ²Yoga Aditama Tjandra. Manajemen Administrasi Rumah Sakit. Edisi ke 2, Universitas Indonesia, Jakarata, 2002
- ³Gani, A. Rumah Sakit Sebagai Public Interprise:Jurnal Manajemen & Administrasi Rumah Sakit Indonesia, Universitas Indonesia, Jakarta, 2002.
- ⁴Totok Budisantoso. Akuntansi Manajerial. Buku I, Salemba Empat, Jakarta, 2000.
- ⁵ Coltman M Michael. *Hospitality Manajement Accounting*, Van Nostrand Reinharid, New York, 1991.
- ⁶ Soedarmono, Ali Alkatiri, Emil Ibrahim. Reformasi Perumahsakitan Indonesia, Grasindo, Jakarta, 2002.
- ⁷Gani, A. Perimbangan Pembiayaan Rumah Sakit Dalam Konteks Kebijaksanaan Desentralisasi: Journal Manajemen & Administrasi Rumah Sakit Indonesi, Universitas Indoensia, 2002.
- ⁸Thabrany, H. Rumah Sakit BUMN/BUMD: Menjebak Diri ?: Journal Manajemen &Administrasi Rumah Sakit Indonesia, Universitas Indonesia, 2002.
- ⁹ Wiyono Djoko. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan : Teori, Strategi dan Aplikasi, Airlangga University Press, 1999.
- ¹⁰ Griffith, J.R. The Well Managed Community Hospital, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1987.
- ¹¹ Schulz Rockwell, Johson C. Alton. Manajemen of Hospitals and Health Services, University of Wisconsin, Wisconsin, 1990.

- ¹² Subanegara H.P; Strategi Akuntabilitas Rumah Sakit Melalui Pendekatan Balnced Scorecard: Manajemen Administrasi Rumah Sakit Indonesia, Universitas Indonesia, 2002.
- ¹³ Gani, A. Materi Pelatihan Metodologi Penetapan Tarif Pelayanan Kesehatan, FE Universitas Indoensia, Jakarta, 1994.
- ¹⁴ Trisnantoro, L. Prinsip-prinsip Ekonomi untuk Manajemen Rumah Sakit, Program Pendidikan Pasca Sarjana MMR, FK UGM, Jogjakarta, 1997.
- ¹⁵ Gleser A, William. Paying Hospital, Jossey-Bass Inc Publichers, San Fransisco, 1987.
- ¹⁶ Supriyono. Akuntansi Biaya dan Akuntasi Manajemen Untuk Teknologi Maju dan Globalisasi, UGM, Jogjakarta, 1997.
- ¹⁷ Neuman, Bruce, N., Suver, James D, Zelman, N. William. Hospital Financial Management National Health Publishing, USA, 1988.
- ¹⁸ Shank, John.K, Govindarajan Vijay. Strategic Cost Analysis, Irwin, Boston, 1989.
- ¹⁹Departemen Kesehatan RI. SK Menteri Kesehatan RI No.582/Menkes/SKVI/1997,Jakarta, 1997.
- ²⁰Departemen Kesehatan RI. Peraturan daerah Kota Salatiga No. 8 Tahun 2000Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan di Kota Salatiga, Salatiga, 2000.
- ²¹Mulyadi. Akuntansi Biaya, STIE YKPN, Yogyakarta, 1990.
- ²²Subanegara ,H.P. Scenario Panning Dalam Bisnis Rumah Sakit,Seminar Sehari, Salatiga ,2005
- ²³Levy, V.M. Financial Management of Hospitals.Fourth Edition.Universitay of New South Wales:Florida,1992

- ²⁴ Ratmanti. Analisis biaya dengan Metode ABC pada pasien rawat inap Pavilion Cendana Rumah Sakit Dr Muwardi Surakarta tahun 2001(Tesis). 2001.
- ²⁵ Sutomo. Analisis Keputusan Investasi Rawat Inap Bangsal Super VIP RSUD Pandan Arang Boyolali Tahun 2003(Tesis). 2003.
- ²⁶BPRSUD Koia Salatiga.Laporan Akuntabilitas Kinerja BPRSUD Kota Salatiga tahun 2003, Salatiga, 2003
- ²⁷BPRSUD Kota Salatiga. Rencana Strategis BPRSUD Kota Salatiga tahun 2001-2006, Salatiga, 2001
- ²⁸ Kartajaya H, Mark Plus on Strategy, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta, 2003
- ²⁹Departemen Keuangan RI. SK Menteri Keuangan RI No.138/KMK.03/2003,Jakarta, 2002.