

**ANALISIS BIAYA PADA BALAI PENCEGAHAN DAN
PENGOBATAN PENYAKIT PARU (BP4)
SEMARANG TAHUN 2004**



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan
mencapai derajat Sarjana S2

Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi Kebijakan Kesehatan

Oleh
Prihatiwi Setiati
NIM : E4A002033

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2005**

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Prihatiwi Setiati

NIM : E4A20033

Menyatakan bahwa tesis judul :

"ANALISIS BIAYA PADA BALAI PENCEGAHAN DAN PENGOBATAN PENYAKIT PARU (BP4) SEMARANG TAHUN 2004", merupakan :

1. Hasil Karya yang dipersiapkan dan disusun sendiri
2. Belum pernah disampaikan untuk mendapatkan gelar pada program Magister ini ataupun pada program lainnya.

Oleh karena itu pertanggungjawaban tesis ini sepenuhnya berada pada diri saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Semarang,
September 2005
Penyusun

Prihatiwi Setiati
NIM: E4A20033

Pengesahan Tesis

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

ANALISIS BIAYA PADA BALAI PENCEGAHAN DAN PENGOBATAN PENYAKIT PARU (BP4) SEMARANG 2004

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Prihatiwi Setiati

NIM : E4A002033

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 13 September 2005
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing utama

Pembimbing Pendamping

Dra. Chriswardani S., M.Kes.

Lucia Ratna KW. SH., M.Kes.

NIP.

NIP.

Penguji

Penguji

dr. Anneke Suparwati, MPH.

dr. Nurhayati, M.Kes.

NIP.

NIP. 140 120 641

Semarang, 20 Desember 2005
Universitas Diponegoro
Program Studi Kesehatan Masyarakat
Ketua Program

Dr. Sudiro, MPH., Dr. PH.

NIP. 131 252 965

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

1. N a m a : Prihatiwi Setiati
2. Tempat/tgl lahir : Jakarta, 22 Maret 1966
3. Alamat : Jl. Parangkusumo XI No. 81 Semarang
4. Riwayat Pendidikan :
 - SD YWKA, Jakarta Lulus Tahun 1979
 - SMPN 74, Jakarta Lulus Tahun 1982
 - SMAN 31, Jakarta Lulus Tahun 1985
 - FMIPA-UI, Jurusan Farmasi Lulus Tahun 1991
 - Apoteker-UI, Lulus Tahun 1992
5. Riwayat Pekerjaan :
 - Tahun 1993 – 1995, Staf Subdit Perizinan Makanan dan Minuman, Direktorat Pengawasan Makanan dan Minuman, Direktorat Jenderal Pengawasan Obat dan Makanan, Jakarta.
 - Tahun 1995 – 2000, Kepala Sub Bagian Tata Usaha, Kantor Departemen Kesehatan RI Kota Tanjungbalai, Sumatera Utara.
 - Tahun 2000 s/d sekarang, Staf Seksi Kimia, Balai Laboratorium Kesehatan Semarang.

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat, taufik dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis yang berjudul “ANALISIS BIAYA PADA BALAI PENCEGAHAN DAN PENGOBATAN PENYAKIT PARU (BP4) SEMARANG TAHUN 2004” ini.

Tesis ini disusun dalam memenuhi persyaratan untuk mencapai derajat Sarjana S2 pada Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan Program Pasca Sarjana Universitas Diponegoro Semarang tahun 2005.

Pada kesempatan ini penulis mengucapkan rasa terima kasih yang tulus dan ikhlas kepada yang kami hormati :

1. Direktur Pasca Sarjana Universitas Diponegoro beserta jajaran yang telah memberi kesempatan kepada penulis.
2. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah dan Kepala Balai Laboratorium Kesehatan Semarang, yang telah memberikan ijin dan kesempatan kepada penulis untuk mengikuti program magister ini.
3. Bapak Dr. Sudiro MPH, Dr PH selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah memberi banyak kemudahan kepada penulis.
4. Ibu Dra. Chriswardani Suryawati, M. Kes, selaku pembimbing Utama yang dengan penuh ketulusan, kesabaran dan ketelitian senantiasa memberikan bimbingan dan dorongan kepada penulis dalam penyelesaian tesis ini.
5. Ibu Lucia Ratna Kartika Wulan, SH., M. Kes, selaku pembimbing kedua yang dengan penuh ketulusan, kesabaran dan ketelitian senantiasa memberikan bimbingan dan dorongan kepada penulis dalam penyelesaian tesis ini
6. Ibu dr. Nurhayati, M kes. selaku Kepala Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru (BP4) Semarang dan selaku penguji yang tidak henti-hentinya membantu penulis, memberikan saran dan kesempatan serta petunjuk yang sangat berguna.

7. Ibu dr. Anneke Suparwati, MPH selaku penguji yang senantiasa memberikan masukan yang berguna dalam penyelesaian tesis ini.
8. Kepala Seksi Kimia, teman-teman di Balai Laboratorium Kesehatan Semarang dan sahabat di Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru Semarang, yang dengan penuh pengertian selalu memberi masukan serta dorongan kepada penulis.
9. Sejawat teman kuliah program magister yang telah membantu dan mendorong penulis dalam menyelesaikan tugas ini.
10. Suami dan anak-anak tercinta, atas pengorbanan waktu dan pikirannya, yang dengan penuh kesabaran selalu memberikan dorongan semangat dan dukungan untuk penyelesaian tesis ini.
11. Rekan-rekan lain, yang tidak bisa saya sebutkan satu-persatu yang telah ikut berkontribusi dalam memberikan masukan, saran dan kritik untuk penyempurnaan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan tesis ini masih memiliki banyak kelemahan dan kekurangan. Oleh karena itu, dalam rangka penyempurnaannya maka segala kritik dan saran yang bersifat konstruktif akan kami terima dengan senang hati.

Akhir kata, penulis berharap semoga tesis ini dapat memberikan tambahan kontribusi dalam rangka peningkatan kinerja BP4 Semarang, serta memberikan manfaat bagi setiap pembacanya. Semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa meridhoi Kita. Terima kasih.

Semarang, September 2005
Penyusun

Prihatiwi Setiati
NIM: E4A20033

PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG, 2005

ABSTRAK

Prihatiwi Setiati

ANALISIS BIAYA PELAYANAN PADA BALAI PENCEGAHAN DAN
PENGOBATAN PENYAKIT PARU (BP4) SEMARANG

+ 112 halaman + 23 tabel + 14 gambar + 23 lampiran

Biaya untuk menyelenggarakan pelayanan di Balai Pencegahan dan Pengobatan Paru (BP4) Semarang bersumber dari APBD Propinsi Jawa Tengah. Dalam era otonomi ini, kemandirian sangat diharapkan oleh semua organisasi pemerintah, dengan demikian efisiensi dan efektifitas sangat menunjang keberhasilan suatu instansi. Analisis biaya diperlukan untuk mengukur aspek ekonomi BP4 termasuk seberapa besar subsidi yang diberikan oleh pemerintah.

Penelitian ini adalah studi deskriptif dengan analisis kasus pada BP4 Semarang tahun 2004. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan analisis biaya pelayanan kesehatan serta menentukan tarif yang rasional di BP4 Semarang, biaya satuan, biaya total per unit pelayanan, besar subsidi oleh pemerintah dan tingkat pemenuhan tarif yang berlaku saat ini. Studi ini menggunakan metode penghitungan *real cost* yang dikombinasikan dengan *simple distribution*.

Dari hasil penelitian didapatkan biaya satuan BP4 tanpa gaji dan investasi adalah sebesar Rp. 15.011.580 (CRR = 23,20%), dengan rincian : klinik umum adalah Rp. 20.988 (CRR = 23,82%); klinik TB Rp. 34.278 (CRR 14,59%); klinik non TB Rp. 48.068 (CRR 16,60%); klinik spesialis Rp. 38.117 (CRR 57,28%); laboratorium Rp. 273.098 (CRR 2,58%); klinik UGD Rp. 14.500.668 (CRR 0,13%); dan radiologi Rp. 96.363 (CRR 48,43%).

Biaya total tanpa gaji dan investasi adalah sebesar Rp. 1.762.192.204 dan pendapatan tahun yang sama adalah Rp. 593.991.883 sehingga besar subsidi pemerintah adalah Rp. 1.168.200.321. Untuk mengurangi subsidi diperlukan kenaikan tarif yang rasional. Usulan kenaikan adalah sekitar 50% yang masih kompetitif dibanding dengan pesaing, serta akan meningkatkan CRR dari 23,26% menjadi 26,81%.

Untuk mencapai titik impasnya, BP4 perlu meningkatkan tarif sebesar 5.880% atau dengan meningkatkan kunjungan sebesar 117 kalinya. Dengan pemberlakuan tarif baru yang diusulkan (kenaikan sekitar 50%), masih diperlukan peningkatan jumlah kunjungan sebesar 75 kalinya untuk mencapai titik impas.

Peningkatan tarif harus segera dilaksanakan untuk meningkatkan kinerja organisasi. Dipihak lain, sebagai organisasi pemerintah yang bertanggung jawab pada kesehatan masyarakat, BP4 harus memberikan subsidi sebagai bagian dari *public goods* yang bersifat non profit. Promosi secara besar-besaran yang dilakukan melalui media adalah perlu untuk meningkatkan jumlah kunjungan. Kendali mutu merupakan hal penting untuk menjadikan BP4 lebih efektif dan efisien.

Kata kunci : analisis biaya, biaya satuan

Kepustakaan : 41 (1984-2003)

PROGRAM MAGISTER OF PUBLIC HEALTH
ADMINISTRATION AND PUBLIC HEALTH POLICY
DIPONEGORO UNIVERSITY SEMARANG, 2005

ABSTRACT

Prihatiwi Setiati

**COST ANALYSIS OF SERVICES IN LUNG DISEASE PREVENTION AND
TREATMENT OFFICE (BP4) SEMARANG**

To serve lung health of community, BP4 needs cost. The finance comes from provincial budget. In that autonomy era, base on decentralization policy, ability to stand-alone is very important, that's why cost efficient and cost effective are key words to support the success of organization. Cost analysis is the vital things to measure cost aspect BP4 including how big the provincial government subsidies to BP4.

This research is descriptive study and case analyzies in BP4 in 2004. The goal of this study is to analyze the service cost and to define rational tariff, to know the unit cost and total cost of each service unit, to explore the magnitude of provincial subsidy and how much the CRR in BP4. The study use real cost calculation methode and combined with simple distribution method.

The actual unit cost (without salary and investment) is Rp. 15.011.580 (CRR = 23,20%). It consists of general clinic unit Rp. 20.988 (CRR = 23,82%), Tuberculosis clinic Rp. 34.278 (CRR = 14,59%), Non-Tuberculosis clinic Rp. 48.068 (CRR = 16,60%), specialist clinic Rp. 38.117 (CRR = 57,28%), Laboratory Rp. 273.098 (CRR = 2,58%), emergency unit Rp. 14.500.668 (CRR = 0,13%), Radiology Rp. 96.363 (CRR = 48,43%).

The total cost is Rp. 1.762.192.204, while the income at the same year is Rp. 593.991.883; it means that the provincial financial support is quite a lot (Rp. 1.168.200.321). To reduce the supplement BP4 needs to propose a rational tariff. The increase of a new rate 50% higher than the existing rate is still competitive than competitor. By the new rate, CRR will rise from 23.20% to 26.81%. Break even point will be reached if the old rate is increased 5,880% or to multiply customer visit 117 times. However, with the new tariff, the BEP will be reached when BP4 multiply the customer visit 75 times.

To improve the organization performance raising up the tariff should be need as soon as possible. BP4 is government office, which responsible to community health as well, that's why there are many units have to support with other unit. It has to be considered to manage the new rate. Promotion and campaign via many kinds of news are very crucial to accelerate customer visit. QA and TQM system are important to make the organization more effective and efficient.

Key word : cost analysis, unit cost

References : 41 (1984-2003)

DAFTAR ISI

Halaman :

Halaman Judul	i
Halaman Pernyataan	ii
Kata Pengantar	iii
Abstrak	v
Abstract	vii
Daftar Isi	viii
Daftar Tabel ..	x
Daftar Lampiran	xi
Daftar Gambar	xii
Daftar Singkatan	xiii
Daftar Riwayat Hidup	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang	1
B. Rumusan masalah	9
C. Tujuan penelitian.....	10
D. Ruang Lingkup Penelitian	11
E. Keaslian Penelitian	12
F. Manfaat Penelitian	15
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	17
A. Konsep Biaya	17
B. Klasifikasi dan Jenis Biaya.....	18
C. Analisis Biaya.....	24
D. Metode Analisis Biaya	25
E. Pengertian Tarif	28
F. Tujuan Penetapan Tarif	30
G. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penetapan Tarif	31
H. <i>Break Even Point</i>	33
I. Analisis Sensitifitas	33
I. Kerangka Teori	34
BAB III METODE PENELITIAN.....	35
A. Kerangka Konsep Penelitian.....	35
B. Jenis dan Rancangan Penelitian	36
C. Alur Kegiatan Penelitian.....	37
D. Definisi Operasional	38
E. Sumber Data Penelitian.....	40
F. Alat dan Instrumen Penelitian.....	41

		G. Pengumpulan Data	41
		H. Matriks Pengumpulan Data Penelitian	42
		I. Pengolahan dan Analisis Data	42
		J. Matriks Biaya untuk Pemetaan Biaya Data	43
		K. Jadwal Penelitian	44
BAB	IV	HASIL PENELITIAN.....	45
		A. Gambaran umum BP4.....	45
		1. Tujuan, Visi dan Misi.....	46
		2. Struktur organisasi	47
		3. Ketenagaan	48
		4. Sumber Anggaran	48
		5. Sarana dan Prasarana.....	49
		B. Hasil kegiatan	50
		C. Alur Pelayanan Pasien	53
		D. Out put pelayanan	56
		E. Kelemahan penelitian	57
		F. Analisis biaya	58
		1. Identifikasi biaya	59
		2. Biaya langsung	59
		3. Biaya tidak langsung	61
		4. Biaya per Unit	63
		G. Biaya Investasi dan Gaji	78
		H. Analisis Biaya Total	80
		I. Analisis Biaya Satuan	84
		J. Analisis Sensitifitas Biaya Satuan	85
		K. Analisis Titik Impas.....	88
		L. Hasil Wawancara Mendalam	93
BAB	V	PEMBAHASAN	100
		A. Penggunaan Metode Real Cost dalam Analisis Biaya	100
		B. Analisis Biaya Total	101
		C. Tarif yang diusulkan	104
BAB	VI	KESIMPULAN DAN SARAN.....	110
		A. Kesimpulan	110
		B. Saran	112
		DAFTAR PUSTAKA	113

DAFTAR TABEL

<i>Tabel :</i>	<i>Halaman :</i>
1. Tabel 1.1 Tarif Pelayanan BP4 Dibandingkan Dengan RS Swasta dan RS Pemerintah	6
2. Tabel 4.1. Jenis dan Jumlah Tenaga BP4 Tahun 2004	48
3. Tabel 4.2. Jenis dan Jumlah Anggaran BP4 Tahun 2004	48
4. Tabel 4.3. Jumlah Pelayanan BP4 Menurut Unit Tahun 2004	56
5. Tabel 4.4. Biaya Langsung pada BP4 Tahun 2004.....	61
6. Tabel 4.5. Tabel Biaya Tidak Langsung BP4 Tahun 2004	62
7. Tabel 4.6. Biaya Klinik Umum BP4 Semarang 2004	63
8. Tabel 4.7. Biaya Klinik TB BP4 Semarang 2004	65
9. Tabel 4.8. Biaya Klinik Non TB BP4 Semarang 2004	67
10. Tabel 4.9. Biaya Klinik Spesialis BP4 Semarang 2004	69
11. Tabel 4.10. Biaya Laboratorium BP4 Semarang 2004	71
12. Tabel 4.11. Biaya UGD BP4 Semarang 2004	73
13. Tabel 4.12. Biaya Radiologi BP4 Semarang 2004	75
14. Tabel 4.13. Biaya Luar Gedung BP4 Semarang 2004	77
15. Tabel 4.14. Gambaran Biaya Investasi Operasional dan Pemeliharaan BP4 Tahun 2004	79
16. Tabel 4.15. Biaya Total per Unit Pelayanan 2004 di BP4 Tahun 2004	81
17. Tabel 4.16. Persentase Pendapatan dengan Biaya Total	82
18. Tabel 4.17. Biaya Satuan per Unit Pelayanan BP4 Tahun 2004.....	84
19. Tabel 4.18. Simulasi Kenaikan Tarif.....	86
20. Tabel 4.19. Simulasi Kenaikan Tarif dan CRR di BP4 Tahun 2004	87
21. Tabel 4.20. Simulasi Kenaikan Tarif dan TR yang diusulkan	88
22. Tabel 4.21. Kemungkinan Tarif Baru agar Tercapai Titik Impas di BP4.....	89
23. Tabel 4.22. Kemungkinan Jumlah Kunjungan untuk mencapai titik Impas	90

DAFTAR LAMPIRAN

1. Lampiran 1. Data gaji dan insentif pegawai BP4
2. Lampiran 2. Data pembobotan pegawai
3. Lampiran 3. Bobot, gaji dan insentif per unit pelayanan di BP4
4. Lampiran 4. Jenis Biaya dari APBD propinsi Jawa Tengah pada BP4
5. Lampiran 5. Sampel resep 100 pasien pada BP4
6. Lampiran 6. Alokasi obat tiap unit
7. Lampiran 7. Biaya penggunaan bahan medis habis pakai
8. Lampiran 8. Biaya penggunaan bahan non medis
9. Lampiran 9. Biaya Penggunaan ATK
10. Lampiran 10. Biaya sarana umum
11. Lampiran 11. Data inventaris alat medis dan non medis
12. Lampiran 12. Biaya inventaris dan pemeliharaan kendaraan
13. Lampiran 13. Biaya sewa dan pemeliharaan gedung
14. Lampiran 13. B. Pendapatan dari layanan unit produksi
15. Lampiran 14. Rekapitulasi Biaya Langsung dan Tidak Langsung
16. Lampiran 15. Rekapitulasi Distribusi Biaya Dengan Investasi dan Gaji
17. Lampiran 16. Rincian Rekapitulasi Distribusi Biaya dengan Investasi dan Gaji
18. Lampiran 16A. Rekapitulasi distribusi dengan gaji tanpa investasi
19. Lampiran 16B. Rekapitulasi distribusi biaya tanpa gaji dan investasi
20. Lampiran 17. Perhitungan CRR dan gambaran keuntungan/kerugian
21. Lampiran 18. Instrumen Pengumpulan Data
22. Lampiran 19. Pedoman Wawancara Mendalam
23. Lampiran 20. Surat Keterangan Penelitian

DAFTAR GAMBAR

<i>Gambar :</i>	<i>Halaman :</i>
1. Kerangka Teori	33
2. Kerangka Konsep Penelitian	35
3. Alur Kegiatan Penelitian	47
4. Struktur Organisasi BP4	55
5. Gambar 4.2. Persentase biaya Klinik Umum BP4 Semarang 2004	64
6. Gambar 4.3. Persentase biaya Klinik TB BP4 tahun 2004	66
7. Gambar 4.4. Persentase biaya Klinik non TB BP4 tahun 2004	68
8. Gambar 4.5. Persentase biaya Klinik Spesialis BP4 tahun 2004	70
9. Gambar 4.6. Persentase biaya Unit Laboratorium BP4 tahun 2004	72
10. Gambar 4.7. Persentase biaya UGD BP4 tahun 2004	74
11. Gambar 4.8. Persentase biaya Unit Radiologi BP4 tahun 2004	76
12. Gambar 4.9. Persentase biaya Unit Luar Gedung BP4 tahun 2004	78
13. Gambar 4.10. Persentase biaya asli menurut unit pelayanan di BP4 tahun 2004	82
14. Gambar 4.11. Grafik persentase pendapatan terhadap biaya tanpa gaji dan investasi pada BP4 Semarang 2004	83

DAFTAR SINGKATAN

1. BP4 : Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru
2. CRR : Cost Recovery Rate
3. BEP : Break Even Point
4. UC : Unit Cost
5. TC : Total Cost
6. TR : Total Revenue
7. APBD : Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah
8. ATK : Alat Tulis Kantor
9. BKIM : Balai Kesehatan Indra Masyarakat
10. RS : Rumah Sakit
11. ATP : Ability To Pay
12. WTP : Willingness To Pay
13. UPT : Unit Pelaksana Teknis
14. PAM : Perusahaan Air Minum
15. FC : Fixed Cost
16. VC : Variable Cost
17. SVC : Semi Variable Cost
18. Q : Quantity, jumlah produk
19. UYHD : Uang Yang Harus Dipertanggungjawabkan
20. SPJ : Surat Pertanggung Jawaban

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sebagai upaya untuk terwujudnya tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 terutama pada era otonomi daerah, Departemen Kesehatan Republik Indonesia telah merumuskan suatu tujuan desentralisasi di bidang kesehatan yaitu : “Mewujudkan pembangunan nasional di bidang kesehatan yang berlandaskan prakarsa dan aspirasi dengan cara memberdayakan, menghimpun dan mengoptimalkan potensi daerah untuk kepentingan daerah dan nasional dalam mencapai Indonesia Sehat 2010.”⁽¹⁾

Pembiayaan merupakan salah satu faktor penting dalam melaksanakan pembangunan kesehatan. Sumber pembiayaan kesehatan saat ini meliputi pembiayaan yang berasal dari masyarakat termasuk swasta dan pembiayaan kesehatan dari pemerintah. Dari berbagai penelitian ditemukan bahwa pembiayaan kesehatan yang berasal dari pemerintah hanyalah 30 % sedangkan dari masyarakat sebanyak 70 % yang dilakukan secara langsung (*direct payment*) dari rumah tangga (*out of pocket*) dan melalui pihak ketiga yang masih relatif kecil seperti Askes, Jamsostek dan lain-lain. Menurut Gani, masyarakat yang terlindungi dari berbagai masalah kesehatan oleh sistem asuransi kesehatan

hanya sebesar 20 %. Ini berarti masih ada 80 % masyarakat yang masih rentan terhadap masalah-masalah kesehatan dan sebagian besar adalah penduduk miskin.⁽²⁾

Sampai saat ini, alokasi pembiayaan kesehatan di Indonesia tergolong sangat rendah apabila dibanding dengan negara lain, yaitu sebelum krisis di tahun 1997 biaya kesehatan adalah 2,5 % GNP atau \$12/ kapita/ tahun. Menurut WHO pada tahun 1997 ranking Indonesia menurut biaya kesehatan per kapita dari 191 negara adalah pada urutan ke 154.⁽³⁾ Hal ini disebabkan masih rendahnya kesadaran pembuat kebijakan pada berbagai level akan pentingnya sektor kesehatan yang dianggap sebagai sektor konsumtif dan bukan produktif.

Dalam hal pembiayaan, perlu dibedakan pembiayaan yang tergolong *public goods* dan yang tergolong *privat goods*. Suatu barang atau jasa yang karena sifatnya sebagai *public goods* (barang publik) biasanya disediakan oleh publik/pemerintah dalam bentuk penyediaan langsung oleh negara, pengaturan oleh negara agar masyarakat yang memerlukannya terjamin dan dapat menjangkaunya atau memberi subsidi khusus kepada yang tidak mampu. Barang publik adalah barang yang bersifat *non rivalry* dan atau *non excludability*. Apabila seseorang mengkonsumsi barang tersebut, orang lain dapat mengkonsumsinya pada saat yang sama dalam jumlah yang sama tanpa menghabiskan barang tersebut atau tanpa perlu penambahan biaya. Sementara barang atau jasa yang bersifat *pure privat goods* (barang swasta murni) biasanya tidak perlu diatur atau disediakan oleh negara. Pengobatan TB di rumah sakit memiliki sifat eksternalitas yang tinggi, karena itu pembiayaannya menjadi tanggung jawab pemerintah. Seorang yang menderita TB dapat menularkan penyakitnya pada orang lain

tanpa pandang bulu. Jika seorang penderita TB berobat tuntas, orang sekitarnya mendapat manfaat tidak tertularkan, oleh karenanya tidak adil jika si penderita harus membayarnya sendiri sementara manfaatnya juga dirasakan orang lain.⁽³²⁾

Di Indonesia penyakit tuberkulosis paru merupakan masalah utama kesehatan masyarakat. Pada tahun 1995, hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) menunjukkan bahwa penyakit TBC merupakan penyebab kematian nomor 3 (tiga) setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit saluran pernafasan pada semua kelompok usia, dan nomor 1 (satu) dari golongan penyakit infeksi.

Tahun 1999, WHO memperkirakan setiap tahun terjadi 583.000 kasus baru TBC, dengan kematian karena TBC sekitar 140.000. Secara kasar diperkirakan setiap 100.000 penduduk Indonesia terdapat 130 penderita baru TBC paru BTA positif.⁽⁵⁾

Jawa Tengah merupakan propinsi nomor 3 (tiga) terbesar di Indonesia dengan jumlah penduduk 31.499.936 jiwa, diperkirakan terdapat 40.300 penderita tuberkulosis paru menular. Angka Penemuan Kasus (*Case Detection Rate*) untuk Jawa Tengah tahun 2000 tercatat 4.668 kasus baru tuberkulosis BTA positif atau 18,40 %⁽⁶⁾

Di Kota Semarang penderita TB menular tahun 2001 diperkirakan 1,3 % per 1000 penduduk (*Global TB Control – WHO Report, 2000*) maka perkiraan jumlah penderita sekitar 17.205 orang. Jumlah suspek 1240, target penderita TB dengan BTA positif 1.702 orang. Padahal penderita TB yang ditemukan mengidap BTA positif hanya berjumlah 189 orang. Jika kasus yang belum ditemukan/belum diobati dapat menginfeksi/ menularkan kepada 10 –15 orang per tahun dengan peluang 50 % dari penderita yang terinfeksi/tertular kuman

Tuberkulosis akan menderit TB menular, sehingga perkiraan jumlah penderita TB yang belum diobati menginfeksi kepada 2 orang maka pada tahun 2002 jumlah penderita sekitar 17.320 orang. Suspek yang ditemukan pada tahun 2002 di Kota Semarang sebanyak 888 orang, TB BTA positif 165 orang. Tahun 2003 penderita TB diperkirakan menjadi 16.256 penderita. Pada Tahun 2004 jumlah suspek di Kota Semarang ada 3.548 penderita dengan BTA positif sebesar 558 orang⁽⁷⁾.

Penderita TB Paru yang sebagian besar berasal dari masyarakat dengan ekonomi dan sosial yang rendah memerlukan pelayanan yang terjangkau namun tetap berkualitas, oleh karena itu keberadaan BP4 sebagai institusi pemerintah yang memberikan pelayanan kesehatan dalam pencegahan dan pengobatan penyakit paru menjadi penting perannya.

Khusus untuk upaya penyembuhan dan pemulihan di bidang kesehatan paru terdapat sarana pelayanan kesehatan yang disebut Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru (BP4). BP4 Semarang terletak di tengah-tengah Kota Semarang yaitu di Jl. KH. Achmad Dahlan No.39 Semarang.

Untuk meningkatkan kesehatan paru masyarakat di Kota Semarang dan di wilayah binaan, maka BP4 Semarang mau tidak mau harus meningkatkan mutu pelayanan dan mengembangkan jenis pelayanan. BP4 Semarang berupaya untuk menjadi Pusat Kesehatan Paru (*Respiratory Center*) di Jawa Tengah, sehingga menjadi pusat rujukan pelayanan kesehatan paru bagi unit pelayanan kesehatan lain.

Berdasarkan Perda Propinsi Jawa Tengah No. 7 tahun 2002, Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru terdiri dari Kepala BP4 yang membawahi Kepala Tata Usaha, Kepala Seksi

Promosi, Pencegahan dan Rehabilitasi dan Kepala Seksi Diagnosa, Perawatan dan Pengobatan. Adapun kegiatan pelayanan yang diberikan oleh Seksi Diagnosa, Perawatan dan Pengobatan antara lain Pelayanan Dalam Gedung dan Pelayanan Luar Gedung. Pelayanan dalam gedung meliputi klinik umum, Klinik TB, Klinik Non TB, Klinik Spesialis, Laboratorium, dan Pelayanan Gawat Darurat Paru. Sedangkan pelayanan luar gedung terdiri dari kunjungan rumah dan koordinasi dengan Puskesmas dan Kader Kesehatan Paru. Sedangkan pada Seksi Promosi, Pencegahan dan Rehabilitasi pelayanan yang diberikan adalah Pelayanan dalam Gedung yang meliputi penyediaan pojok informasi, penyuluhan individu, penyuluhan kelompok, penyediaan leaflet, poster dan buku pegangan kader, pemberian makanan tambahan, penyuluhan dan pemulihan, senam asma, pendirian paguyuban paru sehat. Sedangkan pelayanan luar gedung pada seksi ini antara lain penyuluhan kelompok, liputan TV, seminar kesehatan paru, pembinaan paguyuban paru dan Kader Pengawas Minum Obat, membina sasana senam asma, dan pelaksanaan koordinasi, sinkronisasi dan fasilitasi teknis ⁽⁸⁾.

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan dan mengembangkan jenis pelayanannya BP4 perlu menyesuaikan tarif pelayanannya. Dari hasil wawancara dengan Kepala BP4 disebutkan bahwa tarif yang diberlakukan di BP4 saat ini mengacu pada Peraturan Daerah Propinsi Jawa Tengah NO. 7 tahun 2003. Tarif yang telah ditetapkan melalui Perda tersebut ternyata ditetapkan hanya berdasarkan tingkat kemampuan masyarakat untuk membayar pelayanan kesehatan yang diberikan oleh BP4 dan belum didasarkan atas perhitungan biaya satuan real (*unit cost*) ⁽⁸⁾.

Selama ini untuk membiayai kegiatan operasionalnya BP4 mendapatkan subsidi dari Pemerintah. Pemberian dana operasional kepada fasilitas pelayanan

kesehatan seperti BP4 didasarkan pada pertimbangan bahwa kebijaksanaan sektor kesejahteraan (*welfare policy*) merupakan pelayanan yang bersifat *public goods* yang pendanaannya berasal dari pajak masyarakat sendiri. Selain itu, umumnya pendapatan pelayanan kesehatan pemerintah sangat rendah dan di bawah biaya satuan, jadi diperlukan subsidi untuk menutupi kekurangannya.⁽²⁾ Dengan pemberian subsidi ini diharapkan tarif yang berlaku di BP4 lebih rendah dari pada pelayanan kesehatan swasta. Tarif yang rendah menyebabkan pendapatan yang diperolehpun rendah. Padahal sebagai instansi pemerintah daerah, BP4 dituntut pula kontribusinya dalam meningkatkan pendapatan asli daerah (PAD). Oleh karena itu dalam penelitian ini akan dianalisa besarnya subsidi yang harus diberikan oleh pemerintah serta besaran tarif yang rasional .

Sebagai perbandingan tarif yang berlaku di BP4 dibandingkan dengan RS Swasta (RS Tlogorejo) dan RS Pemerintah (RSUD Kodya) dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 1.1 Tarif Pelayanan BP4 dibandingkan dengan RS Swasta dan RS Pemerintah

No.	Jenis Pelayanan	BP4	RS.Tlogorejo	RSUD Kodya
1.	Spirometri	12.000	46.000	10.000
2.	Nebuleizer	5.000	20.000	10.000
3.	Rotgen Thorax	30.000	97.000	45.000
4.	EKG	15.000	35.000	25.500
5.	Dokter Spesialis Paru	9.000	64.500	-

Sumber : Perda Propinsi Jawa Tengah No.7 tahun 2003 .

Tarif yang murah sebagai daya tarik masyarakat untuk menggunakan fasilitas pelayanan di BP4 diakui oleh sejumlah pasien yang berkunjung ke BP4 melalui wawancara.

Dengan tarif yang murah tersebut pendapatan yang diperoleh BP4 tentu saja tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan biaya operasionalnya. Padahal sebagai unit pelaksana teknis daerah, BP4 juga dituntut kontribusinya dalam meningkatkan Pendapatan Asli Daerah (PAD). Oleh karena itu, tarif yang berlaku sekarang perlu ditinjau kembali dan dihitung berdasarkan perhitungan biaya satuan real (*unit cost*).

Khusus dalam Program Pemberantasan Penyakit Tuberkulosis yang merupakan pelayanan kesehatan yang bersifat *public good* serta sudah menjadi komitmen global dalam upaya eradikasi dan pemberantasannya, BP4 mendapatkan subsidi dari Pemerintah dalam bentuk pengadaan obat anti tuberculose. Bagi pelayanan yang masih memerlukan subsidi ini tetap harus dilakukan analisa biaya untuk menghitung besarnya anggaran dan subsidi yang diperlukan sebagai dasar pengajuan anggaran pada tahun berikutnya.

Sedangkan untuk pelayanan yang bersifat *privat* seperti halnya Radiologi dan klinik spesialis perlu dihitung *unit cost*-nya untuk penentuan tarif.

BP4 Semarang yang semula dikenal sebagai Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru sesuai dengan SK Menkes No.144/ Menkes /SK /IV /1978 tahun 1978, BP4 sebagai Balai Pengobatan Penyakit Paru-paru mempunyai tugas melaksanakan pengobatan penyakit Paru-paru seperti TBC Paru, *Bronchitis*, *Bronchiestasis*, *Asma Bronchiale*, Silicosis, Pengaruh obat dan bahan kimia, Tumor Paru. Untuk menyelenggarakan tugas pokok sebagaimana dimaksud dalam tugas pokok di atas, BP4 Semarang mempunyai fungsi menetapkan diagnosis Penyakit Paru, pengobatan penderita penyakit Paru, perawatan penderita penyakit Paru, membantu usaha pemberantasan penyakit TBC paru,

melaksanakan system rujukan (referral) dalam usaha pencegahan, diagnosa dan pengobatan penyakit paru ⁽⁸⁾.

Adanya otonomi Daerah sesuai dengan Perda Propinsi Jawa Tengah No.1 tahun 2002 tentang pembentukan, kedudukan, tugas pokok, fungsi dan susunan organisasi unit pelaksana teknis Dinas. BP4 merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah dengan tugas pokok melaksanakan sebagian tugas teknis Dinas Kesehatan, melaksanakan kebijakan teknis operasional pencegahan dan pengobatan penyakit paru.

Untuk menyelenggarakan tugas pokok tersebut BP4 Semarang mempunyai fungsi sebagai pelaksana penyusunan rencana teknis operasional pencegahan dan pengobatan penyakit paru, pengkajian dan analisa teknis operasional pencegahan dan pengobatan penyakit Paru, pelaksanaan kebijakan teknis pencegahan dan pengobatan penyakit Paru, pelaksanaan upaya rujukan pengobatan penyakit Paru, pelaksanaan perawatan penderita penyakit Paru, pelayanan penunjang penyelenggaraan tugas Dinas, dan pengelolaan ketatausahaan.

Jumlah tenaga yang ada di BP4 Semarang sebanyak 61 orang, terdiri dari 11 orang tenaga medis, 26 orang tenaga paramedis dan 24 orang tenaga non medis.

Sarana dan Prasarana yang ada di BP4 terdiri dari peralatan medis dan non medis. Peralatan medis terdiri dari timbangan badan, *tensimeter*, *stetoscope*, tabung oksigen, *bronchoscopy*, *autospirometri*, *nebulizer*. EKG, *Suction Pump*, mikroskop, *Spectrofotometer*. Sedangkan peralatan non medis terdiri dari peralatan kantor, sarana komunikasi dan transportasi (mobil operasional 2 buah, mobil ambulance 1 buah dan sepeda motor 1 buah).

Data kunjungan setiap hari rata-rata 150 pasien, pelayanan dokter spesialis rata-rata perhari sebanyak 12 pasien, sedang pelayanan radiologi rata-rata perhari 37 pemeriksaan radiologi, pasien yang diperiksa laboratorium rata-rata perhari sekitar 40 orang. Sebagian besar pasien yang datang ke BP4 adalah penderita TB Paru (70 %). Pasien yang datang ke BP4 Semarang paling banyak berasal dari kota Semarang, Kabupaten Demak, Kabupaten Grobogan, Kabupaten Kendal, dan Kabupaten Semarang. Masyarakat yang berkunjung ke BP4 Semarang pada umumnya dari masyarakat menengah ke bawah, akan tetapi sejak adanya dokter spesialis Paru dan radiologi serta adanya peningkatan mutu pelayanan, maka masyarakat golongan menengah ke atas mulai memanfaatkan pelayanan BP4 Semarang⁽⁸⁾.

Kemungkinan untuk meningkatkan pendapatan di BP4 cukup besar apabila akan dikembangkan dengan menambah jenis pelayanan dan mutu pelayanan.

Oleh karena itu sebelum dilakukan pengembangan pelayanan yang lebih komprehensif perlu dilakukan suatu analisis biaya sehingga dapat dijadikan gambaran dan pedoman tarif pelayanan kesehatan yang diberlakukan di BP4 agar tetap terjangkau dan tidak membebani masyarakat, serta untuk pihak BP4 sendiri dapat tercukupi kebutuhan operasionalnya.

B. Rumusan Masalah

Penetapan tarif baik yang selama ini diberlakukan di BP4 Semarang belum didasarkan atas perhitungan biaya satuan pelayanan per pasien sehingga biaya-biaya seperti pemeliharaan gedung, pemeliharaan peralatan medis, dan insentif pegawai belum diperhitungkan sebagai dasar penetapan tarif.

Berdasarkan hal tersebut dapat dirumuskan masalah-masalah sebagai berikut:

1. Berapa besar biaya satuan (*unit cost*) pelayanan kesehatan di klinik umum, Klinik TB, Klinik Non TB, Klinik Spesialis, Radiologi, Laboratorium penunjang diagnosa, dan pelayanan Gawat Darurat Penyakit Paru.
2. Berapa besar CRR (*Cost Recovery Rate*) dan *Break Event Point* (BEP) tarif BP4 Semarang.
3. Berapa besar kebutuhan anggaran yang diperlukan untuk pengajuan subsidi pada tahun berikutnya.
4. Berapa besar tarif yang sesuai dengan *unit cost* real dan faktor-faktor apa yang menjadi penghambat dan pendukung penetapan tarif.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum :

Untuk melakukan analisis biaya pelayanan kesehatan serta menentukan tarif yang sesuai dengan *unit cost* real di Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru (BP4) Semarang.

Tujuan khusus :

1. Mengidentifikasi semua biaya yang mungkin timbul akibat adanya kegiatan di Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru (BP4), berupa biaya langsung dan tidak langsung.
2. Menganalisis biaya total yang timbul akibat adanya peningkatan aktivitas kegiatan di BP4 Semarang.
3. Menghitung biaya satuan per pelayanan dengan cara mengalokasikan biaya total (biaya langsung maupun tidak langsung) ke setiap jasa pelayanan.

4. Mendapatkan gambaran CRR (*Cost Recovery Rate*) tarif BP4 dengan biaya satuan (*unit cost*) real.
5. Menentukan besarnya tarif BP4 sesuai dengan perhitungan biaya satuan.

D. Ruang Lingkup Penelitian

Dengan segala keterbatasan yang ada baik dalam kemampuan, sarana, tenaga maupun dana, maka ruang lingkup penelitian ini penulis batasi sebagai berikut :

1. Keilmuan

Lingkup keilmuan termasuk dalam Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan kajian bidang Administrasi dan Kebijakan Kesehatan khususnya kajian bidang Ekonomi Kesehatan.

2. Materi

Materi yang akan diteliti adalah analisis biaya pelayanan kesehatan untuk mendapatkan biaya satuan pelayanan pada Klinik Umum, Klinik TB, Klinik Non TB, Klinik Spesialis Paru, Pelayanan Gawat Darurat Paru, Laboratorium dan Radiologi serta mendapat perkiraan tarif, gambaran *Cost Recovery Rate*, dan *Break Even Point* Balai Pengobatan dan Pencegahan Penyakit Paru.

3. Sasaran

Sasaran dalam penelitian ini adalah biaya pelayanan kesehatan di BP4 Semarang yang berhubungan dengan pembiayaan pada Klinik umum, Klinik TB, Klinik Non TB, Klinik Spesialis, Pelayanan Gawat Darurat Paru, Laboratorium dan Radiologi.

4. Metode

Metode yang digunakan dalam melakukan analisis biaya adalah metode *real cost* dengan konsep biaya langsung dan biaya tidak langsung serta dikombinasikan dengan metode *simple distribution*. Sedangkan pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi, wawancara mendalam, *Focus Group Discussion* dan pengumpulan data sekunder.

5. Lokasi

Lokasi penelitian dilakukan di Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru (BP4) Semarang.

6. Waktu

Penelitian akan dilaksanakan mulai bulan Maret 2005 sampai dengan selesai, sedangkan data yang akan diambil adalah data satu tahun anggaran pada tahun sebelumnya yaitu mulai Januari 2004 sampai dengan Desember 2004.

E. Keaslian Penelitian:

Penelitian sejenis sudah pernah dilakukan sebelumnya khususnya untuk Rumah Sakit dan Puskesmas, tetapi penelitian tentang analisis biaya pada Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru (BP4) belum pernah dilakukan.

Penelitian untuk Rumah Sakit, BKMM dan Puskesmas yang sudah pernah dilakukan antara lain:

1. Analisis Pendapatan dan Biaya serta kaitannya dengan subsidi silang rawat inap di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. M. Djamil Padang tahun 1999 oleh Yudri Bufia, dengan hasil *unit cost* lebih tinggi dibanding tarif yaitu

unit cost kelas utama A Rp. 119.096 sedangkan tarif yang berlaku Rp. 87.171, *unit cost* kelas utama B Rp. 84.360 sedangkan tarif yang berlaku Rp. 62.114, *unit cost* kelas I Rp. 61.868 tarif yang berlaku Rp.46.706, *unit cost* kelas II Rp.34. 497 tarif yang berlaku Rp.23.350, *unit cost* kelas III Rp. 15832 tarif yang berlaku Rp. 12.465. Penelitian ini menggunakan metode *Double Distribution* dikombinasikan dengan analisis *Break Even Point*⁽⁹⁾. Persamaan penelitian ini dengan penelitian yang penulis lakukan adalah sama-sama menghitung *unit cost* dan *Break Even Point*. Perbedaannya terletak pada luas kajian dan metode dalam penghitungan *unit cost*. Kajian penelitian ini terpusat pada satu unit yaitu rawat inap sedangkan penelitian yang dilakukan di BP4 meliputi keseluruhan institusi. Metode yang dipakai oleh penulis adalah metode *real cost* yang dikombinasikan dengan *simple distribution*, sedangkan penelitian ini menggunakan metode *double distribution*.

2. Analisis Biaya Pelayanan Kesehatan pada Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Propinsi Jawa Tengah di Semarang tahun 2001 oleh Siti Goenarti dengan Hasil *unit cost* aktual untuk biaya poliklinik sebesar Rp. 1.304. Pemeriksaan spesialistik sebesar Rp. 3.124. Pemeriksaan Laboratorium sebesar Rp. 16.347, operasi kecil sebesar Rp. 14.525., operasi sedang sebesar Rp. 29.050, operasi besar Rp. 156.460. Penelitian tersebut dilakukan di BKMM Jawa Tengah dengan metode *real cost*⁽¹⁰⁾. Persamaan penelitian ini dengan penelitian yang dilakukan di BP4 adalah sama-sama menghitung *unit cost* dengan menggunakan metode *real cost* dan luas kajiannya meliputi satu institusi. Perbedaannya terletak pada lokasi penelitian dan jenis pelayanannya. Metode yang

penulis gunakan untuk menghitung *unit cost* adalah *real cost* yang dikombinasikan dengan *simple distribution*

3. Analisis Biaya pada Balai Pengobatan Mata “ Kamandaka” Purwokerto tahun 2002 oleh Sadiyanto dengan menggunakan metode *double distribution* ⁽¹¹⁾. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa hasil biaya asli unit penunjang Kepala Balai Pemeriksaan Mata Rp. 22.550.812, Tata Usaha Rp. 38.079.138, Keuangan Rp. 47.594.423, dan farmasi Rp. 28.559.731 dan biaya asli untuk pelayanan rawat jalan Rp. 165. 356, 598, operasi Rp. 154.875.854, refraksi Rp. 22.042.877, total komponen biaya asli (*total cost*) pelayanan rawat jalan, operasi dan refraksi Rp.479.359.433,92 dengan *unit cost actual* pelayanan rawat jalan Rp. 6.732,40, operasi Rp. 632.586,89 dan refraksi Rp. 11.046,54, sedangkan *Cost Recovery Rate* (CRR) pelayanan rawat jalan 59,41 5 dengan tarif Rp. 4.000, operasi 88,53 % dengan tarif Rp.560.000,- dan refraksi 13,58 % dengan tarif Rp. 5.000. *Cost Recovery Rate* gabungan 53,84 %⁽¹¹⁾.
Persamaan penelitian ini dengan penelitian yang dilaksanakan di BP4 adalah sama-sama menghitung *unit cost* dan *CRR*. Perbedaannya terletak pada metode. Metode penghitungan *unit cost* yang digunakan di BP4 adalah dengan metode *real cost* yang dikombinasikan dengan *simple distribution*.
4. Analisis Tarif Pelayanan Kesehatan pada Balai Pengobatan Anak Puskesmas Selabatu Dinas Kesehatan Kota Sukabumi tahun 2002 oleh Hudi K. Wahyu dengan hasil biaya satuan aktual dengan investasi sebesar Rp. 4.442, biaya satuan tanpa investasi dan gaji Rp. 2.559, dengan *Cost Recovery Rate* sebesar 24,68 %. Sedangkan biaya satuan

normatif sebesar Rp. 4.459 ⁽¹²⁾. Perhitungan biaya satuan pelayanan didapatkan dari analisis biaya dengan metode *double distribution*. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian di BP4 adalah pada luasnya kajian. Di BP4, *unit cost* yang di hitung adalah untuk keseluruhan institusi. Persamaannya yaitu sama-sama menghitung *unit cost* dan *CRR*.

5. Analisis Biaya Pemeriksaan Kimia Klinik pada Balai Laboratorium Kesehatan Semarang Tahun 2003 oleh Syahrani. Biaya satuan pemeriksaan gula darah Rp. 21.682,55, Pemeriksaan Kolesterol Rp. 23.364,94, pemeriksaan asam urat Rp. 26.238,22, pemeriksaan SGPT Rp. 29.311,40, pemeriksaan SGOT Rp. 27.501,09, pemeriksaan *creatinin* Rp. 31.602,73 dan pemeriksaan ureum Rp. 32.675,91 ⁽¹³⁾. Persamaan dengan penelitian ini adalah sama-sama menghitung *unit cost* dengan metode *real cost*. Perbedaannya terletak pada lokasi penelitian dan luasnya kajian. Penelitian yang dilakukan di Balai Laboratorium Kesehatan dilakukan pada satu unit produksi sedangkan pada BP4 dilakukan pada keseluruhan institusi baik yang bersifat *public* maupun *privat goods*.

F. Manfaat Penelitian.

1. Manfaat bagi institusi
 - a. Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru (BP4) Semarang :
Sebagai informasi biaya satuan yang penting untuk penentuan tarif di BP4 serta sebagai masukan dalam menentukan

perencanaan dan pengendalian biaya pelayanan kesehatan di BP4.

b. Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah

Sebagai masukan kepada Dinas Kesehatan Propinsi dalam meningkatkan kemampuan dalam penetapan tarif berdasarkan biaya satuan. Juga sebagai salah satu elemen evaluasi dan kontrol serta sebagai masukan untuk perencanaan anggaran berikutnya.

c. Pemerintah Daerah Propinsi Jawa Tengah

Sebagai masukan untuk dasar penetapan tarif pelayanan khususnya di BP4 dan merencanakan besarnya subsidi Pemda kepada UPT-nya khususnya BP4.

2. Manfaat bagi Pengembangan Pengetahuan khususnya Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan.

Diharapkan dapat memberikan sumbangan pengembangan ilmu tentang Ekonomi Kesehatan khususnya kajian analisis biaya.

3. Manfaat bagi Peneliti

Meningkatkan pemahaman dan kemampuan untuk berpikir, merumuskan dan mempertanggungjawabkan hasil penelitiannya sebagai calon sarjana S2 dengan konsentrasi Administrasi Kebijakan Kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Biaya

Menurut Gani, biaya adalah nilai dari sejumlah nilai input (faktor produksi) yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk.⁽¹⁴⁾ Pengertian lainnya menurut Hansen dan Mowen, biaya adalah kas atau nilai ekuivalen kas yang dikorbankan untuk barang atau jasa yang diharapkan akan membawa keuntungan masa kini dan masa datang untuk organisasi.⁽¹⁵⁾

Output atau produk bisa berupa jasa pelayanan atau bisa berupa barang. Di sektor kesehatan misalnya Rumah Sakit dan Puskesmas, produk yang dihasilkan berupa jasa pelayanan kesehatan. Untuk menghasilkan pelayanan pengobatan di Rumah Sakit misalnya, diperlukan sejumlah input (faktor produksi) yang antara lain berupa obat, alat kedokteran, tenaga dokter, listrik, gedung dan sebagainya yang digunakan untuk menghasilkan pelayanan kesehatan.⁽¹⁴⁾

Menurut Mulyadi, biaya juga sering diartikan sebagai nilai dari suatu pengorbanan untuk memperoleh suatu output tertentu. Pengorbanan itu bisa berupa uang, barang, tenaga, waktu dan kesempatan. Dalam analisis ekonomi nilai kesempatan untuk memperoleh sesuatu yang hilang karena melakukan suatu kegiatan juga dihitung sebagai biaya yang disebut dengan biaya

kesempatan (*opportunity cost*). Apapun wujud pengorbanan tersebut, dalam perhitungan biaya semuanya harus ditransformasikan ke dalam nilai uang.⁽¹⁶⁾

B. Klasifikasi dan Jenis Biaya

Berikut ini disampaikan beberapa klasifikasi biaya yang perlu dipahami sebagai dasar untuk melakukan perhitungan biaya program.⁽¹⁷⁾

1. Klasifikasi biaya menurut fungsi (kegunaannya)

1.1. Biaya Investasi

Biaya investasi adalah biaya yang dikeluarkan untuk barang, modal, yang kegunaannya (pemanfaatannya) bisa berlangsung selama satu tahun atau lebih.

Dalam program kesehatan, contoh biaya investasi adalah :

Biaya pembangunan gedung

Biaya pembelian alat non medis

Biaya pembelian alat medis

Biaya pendidikan staf

1.2. Biaya Operasional

Biaya operasional adalah biaya yang diperlukan untuk mengoperasikan barang modal (agar barang investasi tersebut berfungsi). Contoh biaya operasional dalam program kesehatan adalah :

1.3.1 Biaya gaji, upah, insentif dan biaya operasional lainnya

1.3.2 Biaya obat dan bahan

1.3.3 Biaya makanan

1.3.4 Biaya perjalanan

1.3.5 Biaya bahan bakar

1.3.6 Biaya listrik, telepon, air dll

1.4. Biaya Pemeliharaan

Biaya pemeliharaan adalah biaya yang diperlukan untuk menjaga atau mempertahankan kapasitas barang investasi (agar barang investasi tersebut dapat bertahan lama). Contohnya adalah :

1.4.1 Biaya pemeliharaan gedung

1.4.2 Biaya pemeliharaan alat non medis

1.4.3 Biaya pemeliharaan alat medis

2. Klasifikasi biaya menurut hubungannya dengan jumlah produksi

2.1. Biaya tetap (*Fixed cost = FC*)

Biaya tetap adalah biaya yang jumlahnya relatif tidak terpengaruh oleh jumlah produksi (*out put*) yang dihasilkan. Biaya pembangunan gedung BP4 adalah biaya tetap, sebab ada atau tidak ada pasien, biaya tersebut tetap besarnya. Kecuali jumlah pasien begitu banyak, biaya tersebut tidak tetap lagi karena perlu di bangun gedung tambahan. Hampir semua jenis biaya investasi (menurut klasifikasi pertama) tergolong sebagai biaya tetap.

2.2. Biaya tidak tetap (*Variabel Cost = VC*)

Biaya tidak tetap adalah biaya yang jumlahnya tergantung pada jumlah produksi atau *output* yang dihasilkan. Makin besar produksi (*output*), semakin besar pula biaya tidak tetap. Contohnya adalah biaya obat yang jumlahnya tergantung pada jumlah pasien yang akan diobati.

2.3. Biaya semivariabel (*Semivariabel Cost = SVC*)

Biaya *semivariabel* adalah biaya yang relatif tidak berubah walaupun produksi atau output berubah. Contohnya adalah biaya gaji staf medis di Puskesmas, yang walaupun jumlah pasien sedikit atau banyak, gaji tersebut tidak berubah. Ini tentu berbeda dengan biaya gaji sistem kontrak.

2.4. Biaya Total (*Total Cost*)

Biaya Total (*Total Cost*) adalah jumlah dari biaya tetap dan biaya variable

$$\boxed{\text{Total Cost} = \text{Fixed Cost} + \text{Variabel Cost}}$$

$$\boxed{(\text{TC} = \text{FC} + \text{VC})}$$

2.5. Biaya Langsung dan Biaya Tidak Langsung

Menurut Mulyadi, biaya dapat dikelompokkan berdasarkan fungsi/aktivitas/sumber, sebagai berikut ⁽¹⁶⁾ :

Konsep biaya langsung (*direct cost*) dan biaya tak langsung (*indirect cost*) sering digunakan ketika menghitung biaya satuan (*unit cost*). Dalam suatu unit usaha misalnya di Rumah Sakit terdapat 2 jenis unit kegiatan yaitu unit produksi seperti rawat jalan, rawat inap dan sebagainya serta unit penunjang seperti misalnya instalasi gizi, bagian administrasi, bagian keuangan dan sebagainya. Mengingat adanya unit penunjang maka untuk menghitung satuan biaya rawat inap, biaya yang dihitung bukan saja biaya yang ada unit produksi yang secara langsung (*direct*) berkaitan dengan pelayanan (*out put*), tetapi harus dihitung juga biaya yang ada di unit

penunjang meskipun biaya di unit penunjang tidak secara langsung (*indirect*) berkaitan dengan pelayanan. Biaya-biaya yang dikeluarkan pada unit-unit yang langsung melayani pasien disebut biaya langsung, sedangkan biaya yang dikeluarkan untuk unit rawat inap dan rawat jalan baik berupa gaji pegawai, obat-obatan, gedung, kendaraan dan sebagainya disebut biaya tidak langsung.

Biaya satuan adalah biaya yang dihitung untuk setiap satu satuan produk pelayanan. Biaya satuan diperoleh dari biaya total (TC) dibagi dengan jumlah produk (Q) atau TC/Q . Dengan demikian dalam menghitung biaya satuan harus ditetapkan terlebih dahulu besaran produk (cakupan pelayanan). Per definisi biaya satuan seringkali disamakan dengan biaya rata-rata (*average cost*).

Di Rumah Sakit misalnya, apakah satuan produk dihitung dalam satuan rawat jalan, rawat inap, atau diperinci lagi menjadi satuan rawat inap kelas I, satuan rawat inap kelas II dan sebagainya. Penetapan besaran satuan produk itu dilakukan sesuai kebutuhan. Makin kecil satuan produk/pelayanan akan makin rumit dalam menghitung biaya satuan. Dengan melihat rumus biaya satuan (TC/Q) tersebut maka jelas tinggi rendahnya biaya satuan suatu produk tidak saja dipengaruhi oleh besarnya produk/pelayanan.

Dari hasil penelitian Ascobat Gani dan Hendrik M Taurany dikatakan bahwa pada Rumah Sakit atau Puskesmas penghitungan biaya satuan dengan rumus diatas banyak dipengaruhi oleh tingkat utilisasi. Makin tinggi tingkat utilisasi (dengan demikian makin besar juga jumlah Q) akan makin kecil biaya satuan suatu pelayanan. Sebaliknya makin rendah

(dengan demikian makin kecil jumlah Q) akan semakin besar biaya satuan suatu pelayanan.⁽²⁾

Perhitungan biaya satuan yang didasarkan atas pengeluaran nyata terhadap produk/pelayanan (dengan rumus TC/Q) disebut biaya satuan aktual (*actual unit cost*).

Disamping biaya satuan aktual juga ada yang disebut dengan biaya satuan normatif (*normative unit cost*) yaitu besarnya biaya yang diperlukan untuk menghasilkan suatu jenis pelayanan kesehatan menurut standard baku. Besarnya biaya satuan normatif ini terlepas dari apakah pelayanan tersebut dipergunakan oleh pasien atau tidak. Pada Rumah Sakit atau Puskesmas penghitungan biaya satuan normatif akan mengalami kesulitan, hal ini disebabkan karena tidak adanya standard baku, disamping sifat pelayanan yang diberikan kepada pasien juga sangat kasuistik.

Biaya penyusutan (*depreciation cost*) adalah biaya yang timbul akibat terjadinya pengurangan nilai barang investasi (asset) sebagai akibat penggunaan dalam proses produksi. Setiap barang investasi yang dipakai dalam proses produksi akan mengalami penyusutan nilai, baik karena makin usang karena mengalami kerusakan fisik. Nilai penyusutan dari barang investasi seperti gedung, kendaraan, peralatan disebut sebagai biaya penyusutan.

Ada beberapa metode yang dapat dipakai untuk menghitung penyusutan yaitu metode garis lurus, metode saldo menurun, jumlah angka-angka tahun dan metode unit produksi. Salah satu metode yang

paling umum digunakan adalah penyusutan menurut garis lurus dimana jumlah historis yang sama dikurangi setiap tahun.

Dalam analisis biaya, konsep biaya penyusutan penting diketahui terutama dalam upaya menyebar biaya investasi pada beberapa satuan waktu. Sebagaimana diketahui bahwa biaya yang timbul dari barang-barang investasi yang berlangsung untuk suatu kurun waktu yang lama (lebih dari satu tahun). Padahal lazimnya analisis biaya dilakukan untuk suatu kurun waktu tertentu, misalnya satu tahun anggaran. Apabila analisis biaya dilakukan dalam satuan waktu satu tahun anggaran, maka perlu dicari nilai biaya investasi satu tahun, sehingga biaya investasi ini dapat digabung dengan biaya operasional. Nilai biaya investasi satu tahun ini disebut “nilai tahunan biaya investasi” (*annualized investment cost = AIC*) dengan rumus sebagai berikut^(17,-19):

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

L

Keterangan: AIC = *Annualized Investment Cost*

IIC = *Innitialized Investment Cost*

I = laju inflasi

t = masa pakai

L = masa hidup investasi yang bersangkutan

C. Analisis Biaya

Analisis biaya adalah suatu proses mengumpulkan dan mengelompokkan data keuangan suatu institusi untuk

memperoleh dan menghitung biaya *out put* jasa pelayanan. Menurut Depkes dan Herkimer , tujuan analisis biaya adalah untuk mengalokasikan secara sistematis biaya-biaya langsung dari unit/bagian yang tidak menghasilkan penerimaan pada unit/bagian yang menghasilkan penerimaan. Tujuan lain dari proses analisis biaya adalah memungkinkan manajemen untuk menentukan profitabilitas unit/bagian dengan menyesuaikan total penerimaannya pada total biaya langsung dan tidak langsung, memperhitungkan secara sistematis biaya-biaya tiap unit tersebut di atas, untuk mendapatkan gambaran biaya satuan (*unit cost*) yang akan digunakan untuk penetapan tarif pelayanan kesehatan dan memberikan informasi yang tepat waktu dan akurasi yang diperlukan untuk mempertahankan kelangsungan keuangan suatu institusi.⁽¹⁷⁾

Menurut Gani, salah satu hasil akhir analisis biaya adalah perhitungan biaya satuan. Sebagai prinsip analisis biaya, misalnya pelayanan rontgen diperlukan dukungan dari unit-unit penunjang, maka biaya-biaya yang dikeluarkan di unit penunjang tersebut perlu didistribusikan ke unit produksi. Dengan perkataan lain, analisis biaya memerlukan distribusi biaya *indirect* ke biaya *direct*. Ini dilakukan baik terhadap biaya operasional maupun biaya investasi. Prinsip ini digambarkan dalam matriks sebagai berikut.⁽³⁾

	Indirect	Direct
Investasi	A	B
Operasional	C	D

Jadi salah satu kegiatan pokok dalam analisis biaya adalah melakukan distribusi (alokasi) biaya investasi dan operasional yang dikeluarkan pada unit penunjang (yaitu biaya *indirect*) ke unit produksi (dimana biaya *direct* dikeluarkan). Beberapa teknik untuk melakukan distribusi biaya tersebut telah dikembangkan untuk Rumah Sakit.

Teknik analisis biaya untuk Rumah Sakit dikembangkan secara khusus, oleh karena sebagai unit jasa pelayanan kesehatan RS mempunyai keunikan. Pertama, begitu banyak jenis input yang diperlukan, seperti berbagai jenis tenaga, obat, bahan, makanan dll. Kedua, RS terdiri dari beberapa unit dan antara unit-unit tersebut terjadi transfer jasa yang sangat kompleks. Ketiga, RS menghasilkan produk yang sangat banyak jenisnya.

Dalam konteks analisa biaya RS, biaya *indirect* adalah biaya yang dikeluarkan pada pusat biaya penunjang, seperti Direksi, dapur, *laundry*, dll

Sedangkan biaya *direct* adalah biaya yang dikeluarkan di pusat biaya produksi, yaitu unit-unit RS yang langsung melayani pasien.

D. Metode Analisis Biaya

Secara teoritis ada beberapa metode distribusi biaya dari unit penunjang ke unit produksi⁽¹⁷⁻²⁰⁾ :

1. *Direct apportionment* atau *Simple Distribution*, adalah cara langsung membagi habis biaya di unit-unit penunjang ke unit produksi berdasarkan bobot tertentu, yaitu:
 - Jumlah pegawai
 - Pengeluaran obat
 - Luas lantai
 - DII (lihat instrumen pengumpulan data)

Cara ini adalah cara paling sederhana dan mudah namun dianggap kurang akurat hasil pembagiannya di unit produksi.

2. *Step Down Method*, adalah cara membagi biaya dari unit penunjang ke unit produksi melalui 2 tahap, dimana mula-mula dilakukan alokasi antar unit penunjang (disusun mulai dari unit dengan biaya tertinggi sebagai unit yang memberi biaya ke unit penunjang lain), kemudian biaya yang diterima unit penunjang dibawahnya (misalnya unit penunjang 2) digabung dengan biaya asli unit penunjang 2 tersebut, baru dialokasikan ke unit produksi dengan dasar pembobotan yang sama dengan metode 1 di atas.

3. *Double distribution method*, adalah cara membagi biaya dari unit penunjang ke unit produksi melalui 2 tahap, dimana mula-mula dilakukan alokasi antar unit penunjang dulu (saling membagi 2 arah, tidak 1 arah seperti pada metode 2 di atas).

4. *Mutiple distribution* atau cara aljabar. Adalah cara membagi biaya dari unit penunjang ke unit produksi dalam beberapa tahap, dimana dilakukan pendistribusian biaya antar unit penunjang dan antar unit produksi sebelum akhirnya biaya total di unit-unit penunjang dibagi habis ke unit-unit produksi.

5. Metode Analisis Biaya berdasarkan Aktivitas

Metode ini merupakan metode terbaik dari berbagai metode analisis biaya yang ada. Namun prasyarat metode ini tidak memungkinkan untuk dilakukan di institusi kesehatan karena belum adanya sistem akuntansi keuangan yang baik dan terkomputerisasi.

Menurut Johnson⁽²¹⁾ *Activity Based Cost System* (ABC System) merupakan suatu alternatif penentuan harga pokok produk atau jasa yang saat ini cukup dikenal dan sangat relevan. ABC system merupakan sistem informasi tentang pekerjaan (atau aktifitas) yang mengkonsumsi sumber daya dan menghasilkan nilai bagi konsumen. Ada dua anggapan penting yang mendasari sistem ABC menurut Cooper dan Robert S Kaplan, yaitu : aktivitas menyebabkan timbulnya biaya dan produk (pelanggan) menyebabkan timbulnya permintaan atas aktivitas.

6. Metode *Real Cost*

Metode ini sebenarnya mengacu pada konsep ABC dengan berbagai perubahan karena adanya kendala sistem. Karena itu pada metode ini

dusahakan asumsi yang dilakukan sesedikit mungkin. Metode ini tidak hanya menghasilkan *output* hasil analisis tetapi juga akan menghasilkan identifikasi sistem akuntansi biaya, hasil akhir metode ini juga berupa saran pengembangan sistem. Karena itu, secara umum hasil analisis metode *real cost* adalah penentuan harga produk atau jasa, pengendalian biaya, pengambilan keputusan khusus dan pengidentifikasian sistem akuntansi biaya.

Informasi *real cost* yang diperoleh dari hasil analisis biaya sangat bermanfaat dalam menyusun anggaran komprehensif suatu organisasi. Kerangka konsep analisis biaya "*real*" menggunakan penggolongan biaya menurut sesuatu yang dibiayai yaitu biaya langsung dan biaya tidak langsung. Hal ini dilakukan karena karakteristik Rumah Sakit yang mempunyai banyak produk dan jasa, sehingga penggolongan biaya yang paling tepat digunakan adalah biaya menurut sesuatu yang dibiayai .

Dengan menggunakan penggolongan biaya seperti itu produk dan jasa langsung bisa dikelompokkan ke dalam beberapa unit atau instalasi.^(22,28,34)

Langkah-langkah analisis biaya dengan metode *real cost* :

- a. Identifikasi semua biaya yang mungkin timbul akibat adanya kegiatan di instalasi, berupa biaya langsung dan tidak langsung.
- b. Analisis instalasi atau bagian lain yang secara logika biayanya timbul akibat peningkatan aktifitas di instalasi.
- c. Telusuri dan hitung semua biaya langsung yang terjadi.

- d. Telusuri biaya tidak langsung dan hitung alokasi biaya tidak langsung untuk instalasi.
- e. Hitung *unit cost* per pelayanan dengan cara mengalokasikan total biaya (biaya langsung dan tidak langsung) ke setiap jasa pelayanan.
- f. Dasar alokasi harus dibuat secara rasional berdasarkan informasi maksimal yang bisa kita peroleh di bagian tersebut.

E. Pengertian Tarif

Tarif atau *price* adalah harga dalam nilai uang yang harus dibayar oleh konsumen untuk memperoleh atau mengkonsumsi suatu komoditi, yaitu barang atau jasa ⁽²³⁾. Bagi seorang pasien, tarif merupakan harga yang dibebankan kepadanya untuk mendapatkan jasa pelayanan kepada pengelola unit pelayanan kesehatan. Jiminez dan Rusmina mendefinisikan tarif adalah bayaran dari pengguna per unit pelayanan kepada pengelola unit pelayanan (*provider*).⁽²⁴⁾ Sedangkan Mills, melihat dari sudut *demand* bahwa harga adalah ukuran tentang berapa besar pendapatan (*income*) yang perlu dikorbankan seseorang untuk mendapatkan suatu komoditi.⁽²⁵⁾ Dari sudut *supply* harga merupakan petunjuk bagi produsen tentang penilaian masyarakat terhadap barang atau jasa. Dengan kata lain, harga menunjukkan apa yang diinginkan oleh masyarakat, seberapa banyak mereka menginginkannya, seberapa besar masyarakat mau mengorbankan sumber dayanya untuk mendapatkan barang-barang tersebut dan seberapa jauh produsen dapat memenuhi selera masyarakat secara efisien.

Menurut Gani⁽²⁴⁾ kebijakan penetapan tarif pelayanan kesehatan hendaknya realistis dan mempertimbangkan keterbatasan sumber daya. Keterbatasan sumber daya memerlukan dua kebijakan yaitu alternatif terbaik untuk memobilisir sumber daya tambahan dan berbagai alternatif dalam mengalokasikan sumber daya. Faktor-faktor yang diperhitungkan dalam penetapan tarif adalah sebagai berikut :

1. Produk pelayanan kesehatan yang diberikan oleh institusi sangat banyak jenisnya. Dengan demikian rumus-rumus perhitungan tarif yang dikembangkan untuk proses produksi barang sejenis, tidak begitu saja bisa dipakai. Masalah pokok adalah berbedanya biaya satuan untuk masing-masing jenis pelayanan.
2. Institusi pelayanan kesehatan pada dasarnya adalah institusi yang mempunyai tujuan sosial, disamping itu juga mempunyai tujuan ekonomi yaitu mencari untung/profit sehingga bisa melakukan subsidi silang, misalnya di rumah sakit pelayanan kelas VIP dan kelas I memberikan subsidi kepada pasien kelas III.
3. Mempertimbangkan besarnya biaya satuan pelayanan yang dihasilkan.
4. Mempertimbangkan tingkat utilitas pelayanan.
5. Mempertimbangkan kemampuan membayar (*ability to pay*) dan kemauan membayar (*willingness to pay*). Kalau tarif yang berlaku dibawah ATP dan WTP, ini berarti adanya *consumer surplus* sehingga kenaikan tarif masih *justified*.
6. Mempertimbangkan sejauh mana pemerintah mampu memberikan subsidi kepada masyarakat.

7. Mempertimbangkan besarnya surplus penerimaan yang direncanakan (*profit*)
8. Mempertimbangkan tarif dan mutu pelayanan yang diberikan oleh fasilitas milik pihak lain (pesaing)

F. Tujuan Penetapan Tarif

Dalam hubungannya dengan tujuan penetapan tarif pada pelayanan kesehatan dasar seperti BP4, selain sebagai alat untuk peningkatan *Cost Recovery Rate* (*CRR*) BP4 juga untuk meningkatkan peran serta masyarakat dalam membiayai sendiri pelayanan kesehatannya. Serta dengan pendapatan BP4 yang cukup diharapkan terjadi subsidi silang dari pasien yang lebih mampu terhadap pasien yang kurang mampu, atau pendapatan dari unit produksi seperti Klinik Spesialis Paru akan membangun pembiayaan program Promotif dan Preventif. Dengan kata lain penetapan tarif pelayanan BP4 harus sejalan dengan tujuan normative pembangunan kesehatan yaitu pemerataan, mutu yang baik, efisiensi serta kesinambungan pelaksanaan program. Sejalan dengan hal tersebut Feldstein berpendapat bahwa pengambil keputusan dari organisasi pelayanan kesehatan non profit harus mempunyai *goal* selain biaya yang minimal.⁽²⁶⁾

Menurut Gani, ide penyesuaian tarif biasanya tidak disukai oleh politisi dan para pembuat kebijakan dengan alasan ⁽³⁾ :

1. Kesehatan adalah kebutuhan dasar manusia.
2. Penyesuaian tarif bisa berdampak pada masyarakat miskin.
3. Pelayanan kesehatan harus bebas dari motif keuntungan.

Namun demikian mereka yang setuju dengan penyesuaian tarif menyatakan bahwa:

1. Kualitas pelayanan kesehatan sekarang yang rendah tidak akan bisa ditingkatkan jika sumberdaya tidak ditambah.
2. Kemampuan Pemerintah untuk mengalokasikan sumber daya terbatas
3. Masyarakat menginginkan kualitas pelayanan yang lebih baik.
4. Kemampuan masyarakat untuk membayar telah meningkat dan subsidi pemerintah telah dinikmati oleh orang yang sebenarnya tidak membutuhkan subsidi itu.

G. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Penetapan Tarif

Menurut Gani, faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan dalam penetapan tarif adalah sebagai berikut ⁽²³⁾ :

1. Biaya Satuan

Informasi biaya satuan adalah informasi yang menggambarkan besarnya biaya pelayanan per pasien (besar pengorbanan faktor produksi) untuk menghasilkan pelayanan. Informasi ini merupakan informasi pertama yang digunakan untuk menetapkan tarif, dimana juga dapat dimanfaatkan untuk menilai skala ekonomis produksi yang dihasilkan. Suatu proses produksi dikatakan telah memanfaatkan sepenuhnya skala ekonomis yang dimiliki hanya bila tidak lagi dimungkinkan untuk menurunkan biaya satuan tersebut. Semakin besar *output* semakin rendah biaya satuan, sampai batas tertentu, karena bila tingkat pelayanan terus ditingkatkan, maka dibutuhkan peningkatan faktor *output*.

2. Tingkat kemampuan masyarakat.

Salah satu persyaratan dalam penetapan tarif pelayanan kesehatan adalah mempertimbangkan kemampuan membayar masyarakat, diukur dengan cara melihat ATP (*Ability to Pay*) serta WTP (*Willingness to Pay*) masyarakat. Bila masyarakat mempunyai kemampuan membayar rendah dan tingkat utilisasi selama ini rendah, maka sulit bagi institusi pelayanan kesehatan untuk meningkatkan tarifnya. Sebaliknya, bila masyarakat masih memiliki *consumer surplus* (misalnya tampak dari besarnya pengeluaran untuk hal-hal yang non primer seperti rokok, rekreasi dan lain-lain sementara untuk kesehatan relatif masih rendah) maka dapat diharapkan kenaikan tarif.

3. Tarif pelayanan pesaing yang setara

Meskipun telah menghitung biaya satuan dan tingkat kemampuan masyarakat, institusi pelayanan kesehatan juga perlu membandingkan tarif pelayanan pesaing yang setara, misalnya tarif laboratorium swasta. Bila ditetapkan tarif terlalu tinggi maka utilisasi akan terganggu. Hal tersebut sesuai dengan hukum permintaan dimana bila harga naik maka permintaan akan menurun (konsep elastisitas).

H. *Break Even Point*

Menurut Sutrisno, yang dimaksud dengan *Break Even Point* adalah suatu kondisi dimana pada periode tersebut perusahaan tidak mendapat keuntungan dan juga tidak mendapat kerugian. Artinya pada saat itu penghasilan yang diterima sama dengan biaya yang dikeluarkan.⁽²⁷⁾

Di dalam analisis *break even point* digunakan asumsi-asumsi dasar sebagai berikut:

- a. Biaya harus bisa dipisahkan ke dalam dua jenis biaya, biaya variabel dan biaya tetap. Bila ada biaya semi variabel harus dialokasikan ke dalam dua jenis biaya tersebut.
- b. Harga jual per unit tidak berubah selama periode analisis.
- c. Perusahaan hanya memproduksi satu macam barang, bila menghasilkan lebih satu macam barang, perimbangan penghasilan masing-masing barang harus tetap.

I. Analisis Sensitivitas

Analisis sensitivitas adalah analisis yang dilakukan dengan cara membandingkan biaya satuan hasil perhitungan dengan tarif yang saat ini berlaku dengan tarif yang diinginkan sehingga dapat dihitung kebutuhan operasional Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru (BP4). Analisis sensitivitas dilakukan dengan memakai matriks simulasi dimana tarif dicoba untuk dinaikan sehingga dapat diketahui efeknya pada *cost recovery rate* (CRR) yaitu tingkat pengembalian tarif. Dasar penetapan tarif baru dipertimbangkan dengan tingkat utilisasi institusi dan tarif pesaing.

Analisis sensitivitas biaya satuan adalah membandingkan biaya satuan aktual yang didapat dengan tarif yang diberlakukan, tarif normatif, tarif pesaing atau tarif yang diinginkan. Dengan analisis sensitivitas biaya satuan akan diperoleh gambaran tingkat pemulihan biaya (CRR) dengan biaya satuan aktual dan juga bisa dilihat dari *break even point* (titik impas) tarif.⁽²⁴⁾

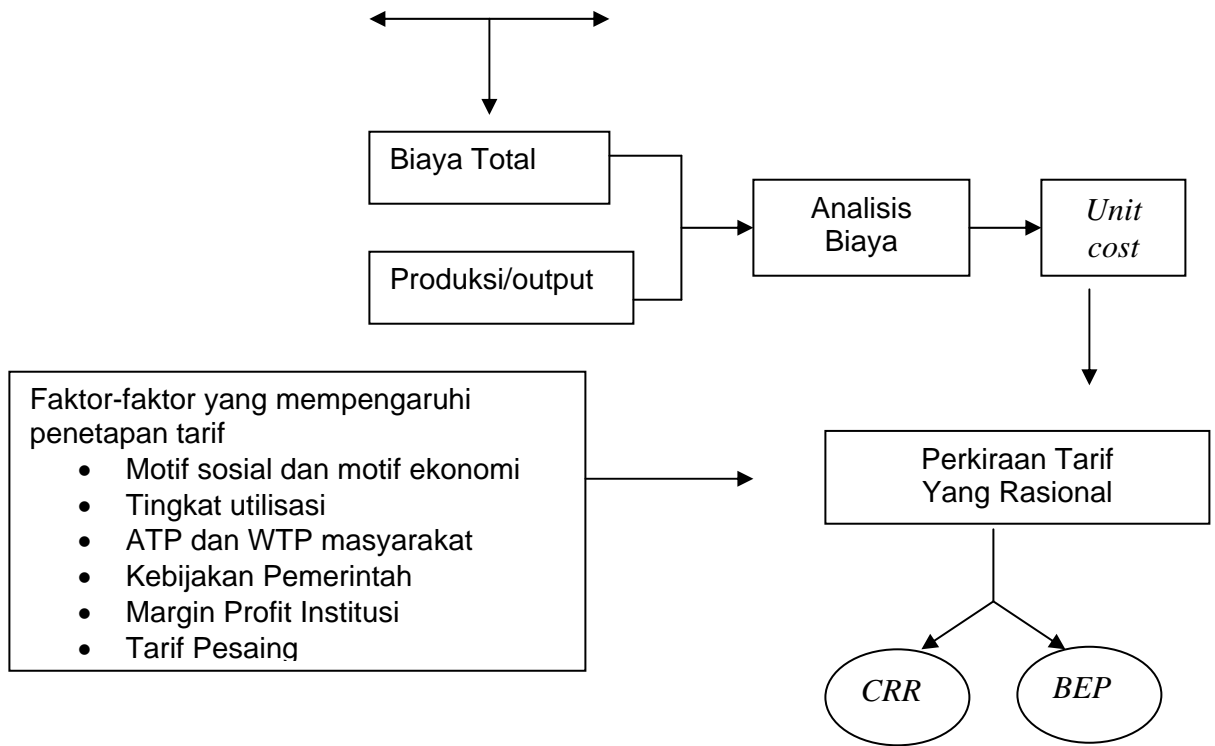
J. Kerangka Teori

Biaya Langsung:

- Biaya tetap
- Biaya variabel

Biaya tidak langsung:

- Biaya tetap
- Biaya variabel

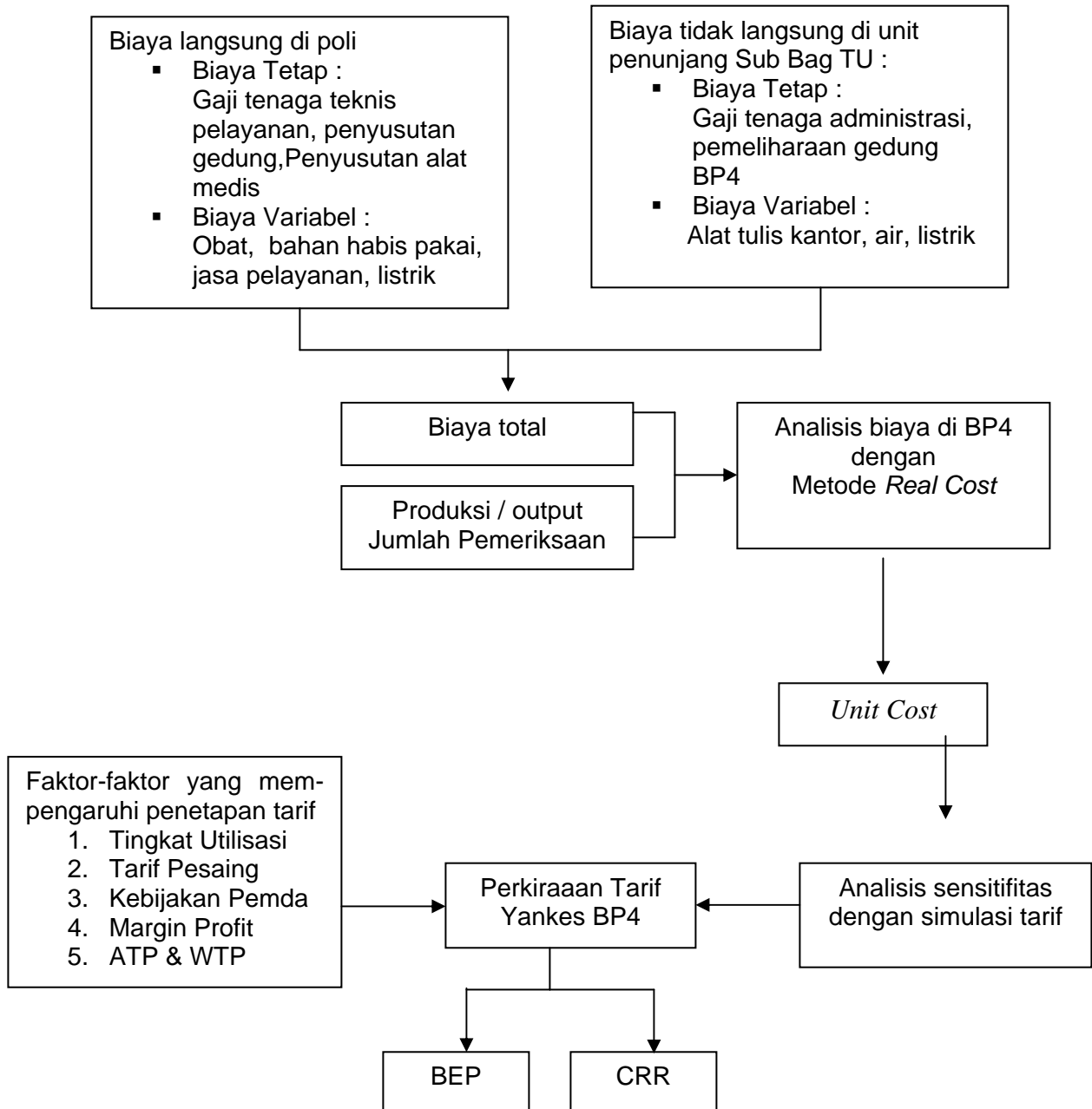


Sumber : Ascobat Gani (1993), Raymond Tubagus (2001) dan Sutrisno (2000)

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Kerangka Konsep Penelitian

Gambar 3.1. Kerangka Konsep Penelitian



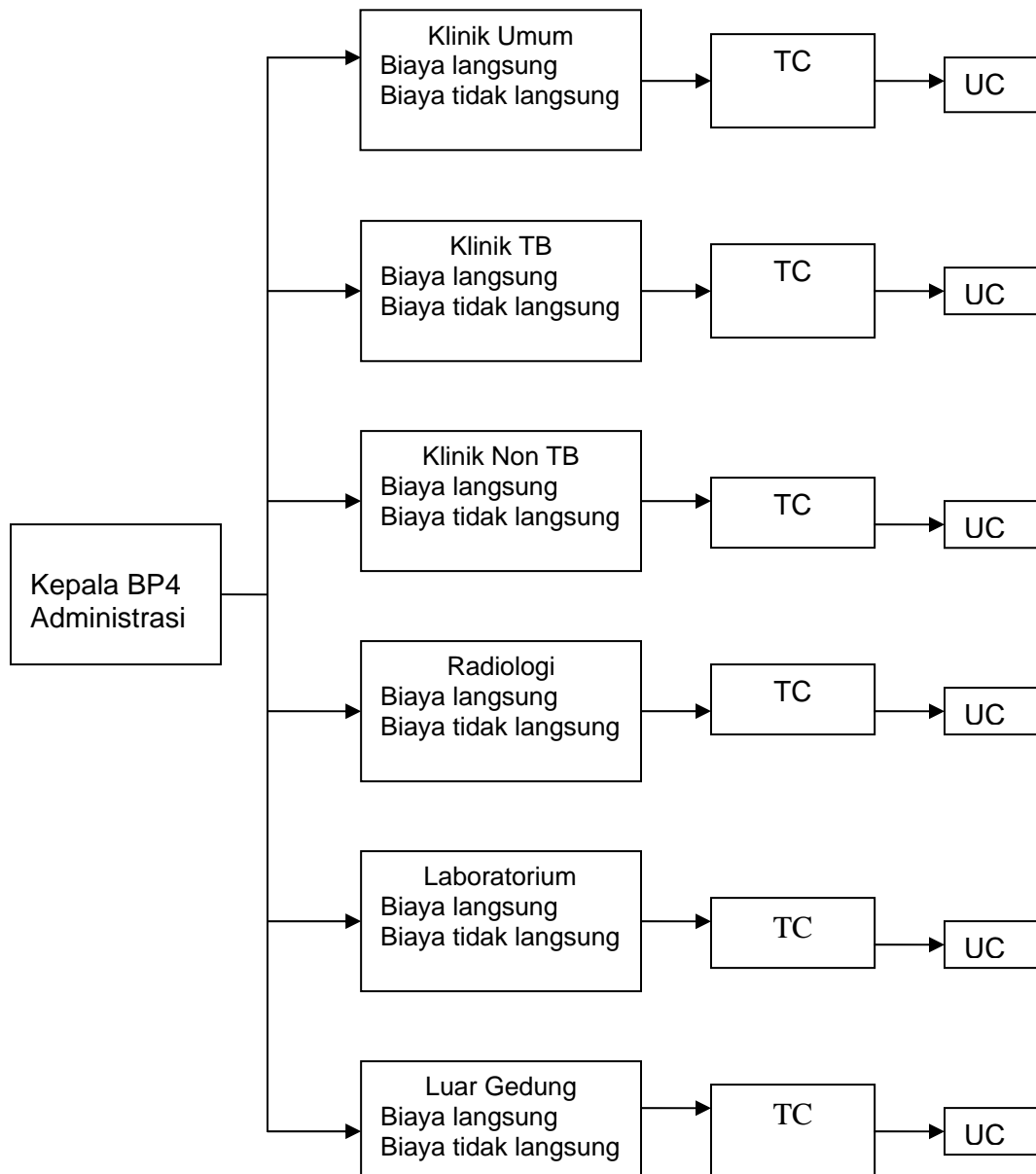
Dengan kerangka konseptual di atas maka dapat dijelaskan bahwa analisis biaya berdasarkan metode *real cost* adalah menghitung *unit cost* dengan menggunakan konsep biaya langsung dan biaya tidak langsung. Setelah dilakukan analisis biaya akan diperoleh nilai *total cost* yang menggambarkan besarnya biaya yang dikeluarkan untuk menghasilkan *output*. Kemudian dengan membagi besarnya *total cost* dengan besarnya *total output* maka akan diperoleh besaran *unit cost*. Langkah selanjutnya adalah melakukan analisis sensitivitas untuk mendapatkan perkiraan besarnya tarif, *Cost Recovery Rate* (CRR) yaitu tingkat pengembalian biaya, seberapa besar Balai Pengobatan dan Pencegahan Penyakit Paru (BP4) mampu menutup biaya pengeluaran dengan penerimaan dari jasa pemeriksaan, dan *break even point* (titik impas) yaitu *revenues* jumlah pendapatan sama dengan jumlah biaya.

B. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan studi kasus secara deskriptif. Metode yang digunakan adalah metode *real cost* dengan cara mengidentifikasi semua biaya langsung dan tidak langsung, kemudian melakukan pembobotan untuk biaya tidak langsung yang timbul berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang diberikan. Metode ini menelusuri seluruh data tentang pemakaian biaya di Klinik Umum, Klinik TB, Klinik Non TB, Klinik Spesialis, Laboratorium, Radiologi, Unit Gawat Darurat Paru serta unit penunjang lain yang mendukung pelayanan kesehatan di BP4 Semarang pada tahun 2004. Data dikumpulkan dan dilakukan analisis biaya secara deskriptif.

C. Alur Kegiatan Penelitian

Alur kegiatan analisis biaya di unit-unit pelayanan BP4 dapat digambarkan dalam skema berikut ini ⁽⁸⁾ :



D. Definisi Operasional.

Karena metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode *real cost* maka konsep yang digunakan adalah konsep biaya langsung dan tidak langsung dengan penjelasan sebagai berikut :

1. Biaya tetap, adalah biaya yang jumlah totalnya tetap dalam kisaran volume tertentu. Di Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru biaya tetap adalah gaji pegawai, walaupun jumlah pelayanan yang diberikan bertambah namun gaji tetap.
2. Biaya variabel, adalah biaya yang dipengaruhi oleh banyaknya produksi (output). Contoh biaya yang termasuk biaya variabel adalah biaya obat, biaya bahan habis pakai, dimana besarnya dipengaruhi oleh jumlah pasien yang dilayani
3. Biaya langsung, adalah biaya yang terjadi karena adanya sesuatu yang dibiayai, terdiri dari biaya tetap dan biaya variable. Biaya langsung yang terjadi untuk pelayanan tiap-tiap pasien di BP4, antara lain :

Biaya langsung pada poli spesialis, poli TBC, unit radiology meliputi biaya bahan habis pakai, biaya penyusutan gedung dan peralatan, biaya tindakan dokter dan biaya laundry.

Biaya langsung pada unit laboratorium, meliputi biaya reagensia, bahan habis pakai, biaya penyusutan gedung dan peralatan, biaya jasa pemeriksaan dan biaya laundry.
4. Biaya tidak langsung, adalah biaya yang secara riil tidak terjadi dalam suatu unit pelayanan, namun dampak biaya tersebut mempengaruhi kinerja di bagian/unit itu.

Biaya tidak langsung yang terjadi untuk pelayanan tiap-tiap pasien di BP4 antara lain honor satpam, biaya ATK dan laporan, biaya pemeliharaan gedung, biaya listrik, air dan telepon.

5. Produksi atau *out put* adalah jumlah dan jenis pemeriksaan yang telah dilakukan, sesuai dengan banyaknya permintaan pemeriksaan yang diperiksa pada setiap kelompok pemeriksaan.
6. *Total Revenue* (TR) adalah jumlah pemeriksaan (output) dikalikan dengan tarif yang berlaku (tarif saat ini, tarif pesaing, tarif baru) per jenis pemeriksaan.
7. Biaya Total atau *Total Cost* (TC) adalah jumlah dari biaya langsung dan biaya tidak langsung.
8. *Unit Cost* (UC) adalah biaya yang dihitung untuk satu satuan produk pemeriksaan, yang dihitung dengan cara membagi *total cost* dengan jumlah atau *total output*
9. Analisis biaya BP4 adalah suatu proses mengumpulkan dan mengelompokkan data keuangan di BP4 untuk memperoleh dan menghitung biaya out put jasa pelayanan.
10. BP4 (Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru) adalah unit pelayanan kesehatan yang merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah dengan tugas pokok melaksanakan sebagian tugas teknis Dinas Kesehatan dan melaksanakan kebijakan teknis operasional pencegahan dan pengobatan penyakit paru.

11. Analisis sensitifitas adalah analisis yang dilakukan dengan cara membandingkan biaya satuan hasil perhitungan dengan tarif yang saat ini berlaku dengan tarif yang diinginkan.
12. Tarif Pelayanan Kesehatan BP4 adalah harga dalam nilai uang yang harus dibayar oleh pasien untuk memperoleh pelayanan kesehatan di BP4.
13. *Break Even Point* (BEP) atau Titik Impas adalah suatu kondisi dimana pada periode tersebut BP4 tidak mendapat keuntungan dan juga tidak mengalami kerugian ($TR - TC = 0$).
14. Metode *Real Cost* adalah salah satu metode analisis biaya yang menghasilkan penentuan harga produk atau jasa, pengendalian biaya, pengambilan keputusan khusus dan pengidentifikasian sistem akuntansi biaya.
15. Metode *Simple Distribution* adalah salah satu metode analisis biaya dimana biaya di unit-unit penunjang dibagi habis ke unit-unit produksi berdasarkan bobot tertentu, misalnya gaji pegawai, ATK,

E. Sumber Data Penelitian

Data yang digunakan dalam penelitian ini berasal dari data primer dan data sekunder. Data primer bersumber dari formulir-formulir isian yang telah diisi oleh petugas di BP4 dan hasil wawancara sedangkan data sekunder bersumber dari pemeriksaan dokumen-dokumen yang ada kaitannya dengan analisis biaya misalnya sertifikat tanah, kontrak pembelian alat medis, Buku Pemilik Kendaraan Bermotor (BPKB) dan lain-lain.

F. Alat/Instrumen penelitian

Adapun instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Formulir Isian yang digunakan untuk mengumpulkan data-data ketenagaan, sarana/prasarana, peralatan medis dan non medis, obat-obatan, tugas pokok dan fungsi, volume dan jenis kegiatan serta jumlah biaya yang dipergunakan dengan menggunakan formulir isian terlampir.
2. Sedangkan untuk memperoleh data mengenai faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam penetapan tarif digunakan pedoman wawancara mendalam dengan sasaran Kepala BP4, Kepala Tata Usaha BP4, Kepala Dinas Kesehatan dan Kepala Biro Keuangan Pemerintah Daerah Propinsi Jawa Tengah.
3. Observasi adalah cara yang digunakan untuk melakukan pengamatan langsung terhadap kegiatan yang berkaitan dengan pelaksanaan tugas pokok dan fungsi baik yang dilakukan di dalam gedung maupun di luar gedung.
4. Studi dokumen/data sekunder, yaitu untuk memeriksa dokumen-dokumen yang berkaitan dengan analisis biaya misalnya sertifikat tanah, kontrak pembelian alat medis, Buku Pemilikan Kendaraan Bermotor (BPKB), dll.

G. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan melalui observasi unit-unit dimana dihasilkan output pelayanan kesehatan dan dikeluarkannya sejumlah biaya baik langsung maupun tidak langsung. Pengumpulan data juga dilakukan dengan cara wawancara, pengisian formulir dan pemeriksaan dokumen.

H. Matriks Pengumpulan Data Penelitian

Sumber Data	Data yang dikumpulkan	Informan	Metode	Alat
Subbag TU	Gaji, rekening air, listrik, telp, gaji harlep, anggaran, alat tulis kantor, inventaris kantor, inventaris alat pemeliharaan gedung, pemeliharaan alat,	Ka Sub Bag TU, Bend. Gaji, Bag Umum, Bag Perlengkapan	Wawancara Mendalam Data sekunder	Pedoman wawancara Form Isian
Seksi Promosi	Kegiatan yang dilakukan oleh Seksi Promosi, biaya yang dikeluarkan untuk setiap kegiatan	Ka sie Promosi	Wawancara mendalam Data sekunder	Pedoman wawancara Form isian
Seksi Diagnosa	Jenis-jenis pelayanan yang ada di unit-unit produksi, jumlah ATK, bahan medis, non medis dan obat yang digunakan di tiap unit produksi.	Kasie Diagnosa Pelaksana teknis di tiap unit	Wawancara mendalam Data sekunder	Pedoman wawancara Form Isian

I. Pengolahan dan Analisis Data

1. Untuk menghitung biaya satuan (*unit cost*) analisis data dilakukan dengan menggunakan metode *real cost* dengan tahapan sebagai berikut :
 - a. Mengidentifikasi seluruh biaya baik langsung maupun tidak langsung yang timbul akibat adanya kegiatan di instalasi .
 - b. Mengidentifikasi instalasi atau bagian lain dimana muncul biaya yang diakibatkan dari peningkatan aktivitas di instalasi
 - c. Menelusuri dan menghitung semua biaya langsung yang terjadi.
 - d. Menelusuri biaya tidak langsung dan menghitung alokasi biaya tidak langsung untuk instalasi.

e. Menghitung *unit cost* per pelayanan dengan cara mengalokasikan biaya total (biaya langsung maupun tidak langsung) ke setiap jasa pelayanan.

2. Untuk mengetahui cara penyusunan perencanaan kegiatan, mekanisme penetapan anggaran BP4 serta untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi penetapan tarif maka akan dilakukan wawancara mendalam kepada Kepala Bagian Tata Usaha BP4, Kepala BP4, Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah dan Kepala Bagian Keuangan Pemerintah Daerah Jawa Tengah. Hasil wawancara akan dibuat suatu narasi dan kemudian dilakukan suatu analisa (*content analysis*).

J. MATRIKS BIAYA UNTUK PEMETAAN BIAYA di BP4

	Biaya tidak Langsung	Biaya langsung
Biaya Investasi	- Gedung kantor administrasi, ruang kepala BP4, inventaris alat kantor dan alat non medis	Gedung pelayanan, Inventaris alat medis,
Biaya Operasional	Gaji tenaga administrasi, ATK, Biaya Perjalanan Dinas	Biaya listrik, air di unit-unit pelayanan, bahan medis habis pakai, bahan non medis
Biaya Pemeliharaan	Pemeliharaan gedung kantor, pemeliharaan kendaraan dinas alat non medis	Pemeliharaan gedung pelayanan, pemeliharaan alat medis

K. Jadual Penelitian

Jadual penelitian yang akan dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Persiapan termasuk penyusunan proposal dan penyusunan formulir isian yang akan dan sedang dilaksanakan pada bulan Agustus sampai dengan September 2004.
2. Seminar proposal pada Minggu ke dua bulan Nopember
3. Pelaksanaan penelitian bulan Agustus 2004 sampai dengan bulan Mei 2005
4. Pengolahan dan Penyusunan laporan bulan Juni 2005

INSTRUMEN PENGUMPULAN DATA

Form 1

**Sumber Anggaran untuk Kegiatan Pelayanan BP4
Tahun 2004**

No.	Jenis Biaya	Sumber Biaya	Jumlah Biaya

Form 2

Identifikasi Biaya Langsung dan Tidak Langsung

No	Biaya Langsung	Biaya Tidak Langsung

Form 3

Penggunaan Bahan Medis Habis Pakai

Unit

Tahun 2004

No.	Nama Bahan	Harga Satuan	Jml Bahan	Jml Harga

Form 4

Penggunaan Bahan Non Medis Habis Pakai

Unit

Tahun 2004

No.	Nama Bahan	Harga Satuan	Jml Bahan	Jml Harga

Form 7

Penggunaan Alat Tulis Kantor dan Alat Rumah Tangga

Unit.....

Tahun 2004

No.	Jenis Alat	Harga Satuan	Jumlah Pemakaian	Jumlah Harga

Form 8

DAFTAR BARANG INVENTARIS

Tahun : 2004

Unit :.....

No.	Jenis Barang	Tgl/bln Pembelian	Jumlah Barang	Harga satuan	Lama Pakai	Masa Hidup	AFC

Form 9

DATA UNIT KERJA PEGAWAI

Tahun 2003

No.	Nama Pegawai	Status Pegawai	Unit Kerja Pokok	Prosentase Waktu (%)	Unit Kerja lain	Prosentase Waktu (%)

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum

Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru (BP4) Semarang adalah adalah Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah yang berkedudukan di Jl. KH. A. Dahlan 39 Semarang, yang berjarak sekitar 500 meter dari Simpang Lima. BP4 berhadapan langsung dengan RS. Telogorejo dan bersebelahan dengan BKIM Semarang.

Pada awal berdirinya, BP4 bersifat sosial dengan pelayanan gratis pada masyarakat penderita penyakit paru. Karena keterbatasan keuangan pemerintah, sejak bulan April 1978 Menteri Kesehatan menetapkan melalui SK Menkes No. 144/Menkes/SK/IV/1978 tentang pergantian nama dari Balai Pemberantasan Penyakit Paru-paru (BP4) menjadi Balai Pengobatan Penyakit Paru-Paru dan pengunjung ditarik biaya. Dasar tarif pelayanan BP4 berdasarkan SE Dirjen Binkesmas Depkes RI No. 958/BM/DJ/KEU/VI/1992 tentang petunjuk Pelaksanaan Pola Tarif Pelayanan Kesehatan di BP4 Semarang. Dasar tarif berubah lagi berdasarkan PP no. 43 tahun 2001 tentang tarif dari jenis Penerimaan Negara Bukan Pajak.

Dengan adanya otonomi, maka BP4 menjadi UPT Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah sesuai dengan Perda Propinsi Jateng

No. 1 tahun 2002. Pola tarif yang berlaku saat ini berdasarkan Perda Propinsi Jawa Tengah No. 7 tahun 2003 tanggal 28 Juli 2003.

Tugas pokok BP4 sesuai Perda Propinsi Jawa Tengah no. 1 tahun 2002 adalah : Melaksanakan sebagian tugas teknis Dinas Kesehatan dan Melaksanakan kebijakan teknis operasional pencegahan dan pengobatan penyakit paru.

Adapun fungsi BP4 adalah :

1. Pelaksana penyusunan rencana teknis operasional pencegahan dan pengobatan penyakit paru
2. Pengkajian dan analisa teknis operasional pencegahan dan pengobatan penyakit paru
3. Pelaksana kebijakan teknis pencegahan dan pengobatan penyakit paru
4. Pelaksana upaya rujukan pengobatan penyakit paru
5. Pelaksana perawatan penderita penyakit paru
6. Pelayanan penunjang penyelenggaraan tugas dinas
7. Pengelolaan ketatausahaan

1. Tujuan, Visi dan Misi

Tujuan organisasi BP4 adalah Meningkatkan status kesehatan paru masyarakat melalui upaya penanggulangan penyakit paru secara menyeluruh.⁽³¹⁾

Visi : BP4 Semarang menjadi pusat rujukan pelayanan kesehatan paru yang profesional bagi masyarakat

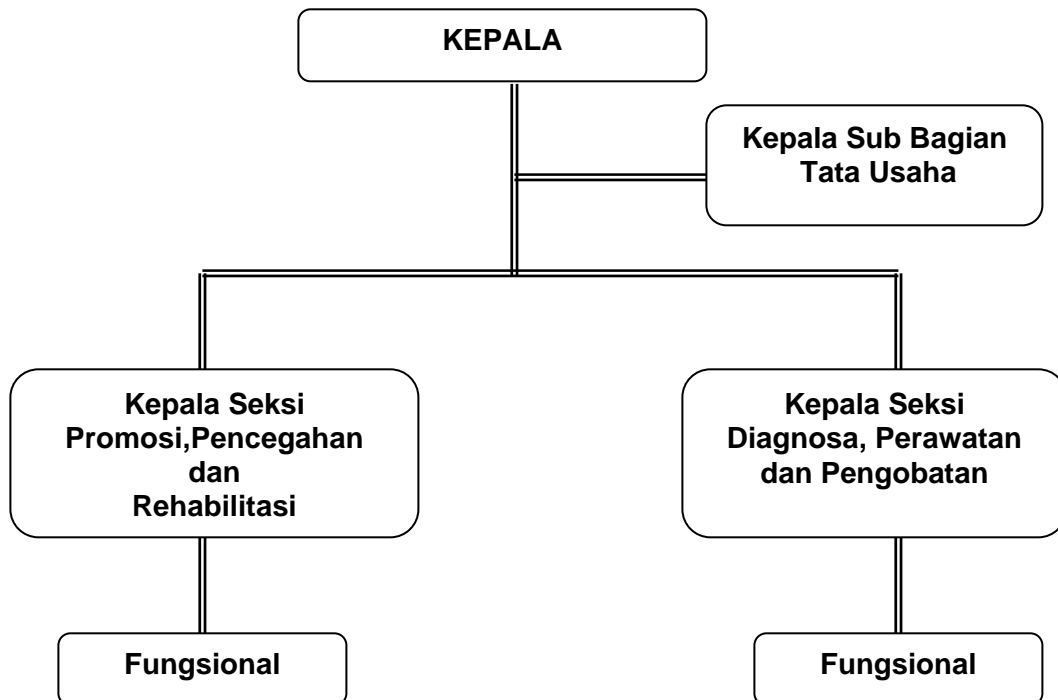
Misi :

- a. Melaksanakan pelayanan kesehatan paru yang bermutu dan terjangkau oleh seluruh masyarakat
- b. Meningkatkan profesionalisme, dedikasi dan loyalitas serta kesejahteraan
- c. Menggerakkan peran serta masyarakat untuk melaksanakan pembangunan kesehatan paru secara terpadu dan berintegrasi dengan lintas sektor.

2. Struktur Organisasi

Struktur organisasi BP4 berdasarkan Perda no. 1 tahun 2002 adalah terdiri dari seorang kepala yang dibantu oleh 2 kepala seksi dan seorang kepala sub bagian tata usaha. Lebih jelas dapat dilihat pada skema dibawah ini :

Gambar 4.1 Struktur Organisasi BP4



3. Ketenagaan

Sumber Daya Manusia (SDM) untuk melaksanakan tugas pokok dan fungsi BP4 sebanyak 61 orang dengan perincian latar belakang pendidikan sebagai berikut :

Tabel. 4.1 Jenis dan Jumlah Tenaga di BP4 Semarang

No	Pendidikan	Strata	Jumlah	Keterangan Unit Kerja
1	Dokter + Magister Kesehatan	S2	1	Ka. BP4
2	SKM + Magister Kesehatan	S2	1	Ka. Sub. Bag TU
3	Dokter Spesialis	S2	2	Radiologi dan Sp. Paru
4	Dokter Umum	S1	4	Umum, TB, Non TB
5	Dokter PTT	S1	4	Umum, TB, Non TB
6	Sarjana Kesehatan Masyarakat	S1	2	Umum, TB, Non TB
7	Akademi Perawat	D3	6	Umum, TB, Non TB
8	Analisis Kimia Kesehatan	D3	2	Laboratorium
9	Akpro	D3	2	Radiologi
10	Akademi Gizi	D3	1	TB
11	Sekolah Perawat Kesehatan	-	8	Umum, TB, Non TB, Sp
12	Sekolah Asisten Apoteker	-	1	Apotik
13	Pendidikan Umum	-	27	Administrasi, Umum, TB
	Jumlah	-	61	

Sumber : Sub Bagian Tata Usaha BP4 Semarang tahun 2004

4. Sumber Anggaran

Sumber Anggaran yang dipergunakan untuk operasional kegiatan kantor baik rutin maupun pembangunan di BP4 berasal dari APBD Propinsi Jawa Tengah. Lebih lengkap dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.2 Jenis dan Jumlah Anggaran BP4 tahun 2004

NO	JENIS BIAYA	JUMLAH
I	Belanja Administrasi Umum	Rp. 2.108.310.819
1	Belanja Pegawai Personalia	Rp. 1.373.301.519
2	Belanja Barang dan Jasa	Rp. 346.675.253
3	Biaya Perjalanan Dinas	Rp. 233.696.000
4	Biaya Pemeliharaan	Rp. 164.638.047
II	Biaya Bahan Material	Rp. 658.688.460
1	Biaya Bahan Obat	Rp. 149.920.720
2	Biaya Bahan Medis	Rp. 508.767.740
	Jumlah Biaya I + II	Rp. 2.766.999.279

Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004.

Belanja pegawai personalia terdiri dari komponen gaji, tunjangan (keluarga, jabatan, fungsional, kesejahteraan, beras, Pph) pembulatan gaji, kesejahteraan pegawai, tunjangan pengelola keuangan, honorarium, pengembangan SDM, uang lembur, insentif dan jasa medis.

Belanja barang dan jasa terdiri dari bahan non medis habis pakai seperti ATK, alat-alat listrik, bahan pembersih, gas dan benda-benda pos, barang lainnya adalah jasa kantor seperti listrik, ledeng dan telephone. Sedangkan sarana kantor lain misalnya koran, fax, paket, piket, cleaning services, retribusi kebersihan. Adapun biaya kantor umum terdiri dari biaya cetak, copy, makanan dan minuman dan seragam dinas.

Biaya pemeliharaan merupakan gabungan dari unsur pemeliharaan alat kantor, gedung dan bangunan, alat medis serta kendaraan dinas. Adapun biaya bahan material adalah pembelian bahan obat dan bahan medis.

5. Sarana dan Prasarana

Gedung BP4 seluas 995,17 m² yang terletak pada 3.368 m² tanah pada lokasi yang paling strategis dan dipusat kota Semarang. Terdiri dari 36 ruang berbagai ukuran.

Selain gedung dan tenaga, prasarana lain yang ada di BP4 Semarang adalah:

a. Peralatan medis yang terdiri dari

- 1). Peralatan diagnostik umum seperti *tensimeter*, *stetoskop*, alat timbang badan yang terdapat di Klinik Umum, Klinik TB, Klinik Non TB, Klinik Spesialis Paru.

- 2). Peralatan diagnostik khusus antara lain *spirometri, EKG, Bronkoskopi* yang terdapat di Klinik Spesialis. Peralatan radiologi yang terdapat di Unit Radiologi.
- 3). Peralatan laboratorium seperti *incubator, autoclave, inspisator, microscope* yang berada di laboratorium.
- 4). Peralatan tindakan medik seperti tabung oksigen, *Punctie Pleura*, Nebuleser yang berada di Unit Gawat Darurat Paru
- 5). Obat-obatan dan reagensia

b. Peralatan non medis:

- 1). Mebeuler: Meja, Kursi, Lemari dan tempat tidur
- 2). Kendaraan : 1 unit mobil ambulance, 2 unit mobil operasional, 3 kendaraan roda dua.
- 3). AVA: *Overhead Projector, Tape Recorder, Layar Film, Televisi.*
- 4). Alat-alat elektronik seperti : Kulkas, Kipas Angin, AC, Komputer, *Exhaust Fan*, Mesin Ketik elektronik.

B. Hasil Kegiatan

Sebagaimana unit pelayanan kesehatan pemerintah lainnya, BP4 melayani kesehatan paru masyarakat umum, ASKES maupun keluarga miskin (GAKIN). Jumlah BP4 di seluruh Propinsi Jawa Tengah ada 10 BP4 dan 1 RS. Tuberkulosis Paru (RSTP Ngawen). Wilayah kerja BP4 Semarang terdiri 13 Kabupaten/Kota di Jawa Tengah yaitu: Kota Semarang, Pekalongan, dan Tegal serta Kabupaten Semarang, Kendal, Batang, Pekalongan, Tegal, Pemasang, Brebes, Cilacap, Kebumen,

Banyumas dan Banjarnegara. Meskipun demikian pasien yang datang juga berasal dari kabupaten lain di Jawa Tengah.

Pelayanan di BP4 dibagi menjadi dua, meliputi : pelayanan dalam gedung dan luar gedung. Pelayanan dalam gedung dilaksanakan oleh unit pelayanan dibawah ini.

1. Klinik Umum : Pelayanan dilaksanakan oleh 3 orang dokter umum, 1 orang SKM dan 6 orang perawat. Memberikan pelayanan kepada pasien dengan keluhan pada gangguan pernafasan dan nyeri dada serta tidak menutup kemungkinan dengan keluhan lain
2. Klinik Tuberculosis (TB): Pelayanan dilaksanakan oleh 2 orang dokter umum, 1 orang SKM dan 8 orang perawat yang terlatih dalam melaksanakan program penanggulangan penyakit TB. Memberikan pelayanan kepada pasien yang terdiagnosa TB ringan atau berat. Penderita TB Paru BTA (+) diberikan penyuluhan mengenai penyakitnya, pencegahan agar tidak menular kepada keluarga, cara minum obat, konseling gizi dan diberikan makanan tambahan. Pada tahun 2004 ada suatu program baru bagi anak balita penderita TB Paru dilakukan pemantauan status gizinya dan pemberian makanan tambahan pemulihan selama 90 hari.
3. Klinik NonTB : Pelayanan dilaksanakan oleh 2 orang dokter umum dan 2 orang perawat. Memberikan pelayanan kepada pasien yang telah didiagnosa penyakit paru selain TBC antara lain *Bronchitis*, *Bronchopneumoni*, asma *Bronchiale*, Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK) dan lain-lain.

4. Klinik Spesialis : Pelayanan dilaksanakan oleh Dokter Spesialis Paru, dan 2 orang perawat. Memberikan pelayanan kepada pasien penyakit paru yang dikonsultasikan oleh dokter umum atau pasien yang langsung minta pelayanan Dokter Spesialis Paru.
5. Laboratorium : Pelayanan dilaksanakan oleh 3 orang analis, 3 orang asisten dengan penanggung jawab dokter umum. Memberikan pelayanan pemeriksaan hematologi, mikrobiologi dan kimia klinis.
6. Unit Gawat Darurat Paru : Pelayanan dilaksanakan oleh dokter dan perawat yang telah terlatih tentang kegawatdaruratan paru. Memberikan pelayanan kepada pasien yang memerlukan tindakan cepat, misalnya : penderita asma, *Bronchopneumonia*, PPOK (Penyakit Paru Obstruksi Kronik), bila diperlukan dapat melakukan rawat inap sementara (*one day care*).
7. Radiologi : Pelayanan dilaksanakan oleh 2 orang peñata Rotgen, 3 orang asisten dan 1 orang dokter spesialis radiologi sebagai penanggung jawab. Pelayanan yang diberikan adalah foto thorax 1 posisi.

Sedangkan pelayanan luar gedung meliputi :

1. Penyuluhan kelompok tentang kesehatan paru masyarakat termasuk bahaya merokok bagi kesehatan.
2. Kunjungan rumah untuk perawatan kesehatan paru masyarakat bagi penderita TB yang terancam drop out
3. Pelatihan penjarangan suspek
4. Pelatihan pelaporan manajemen suspek
5. Fasilitasi Senam Asma Indonesia

6. Pembinaan Paguyuban Paru Sehat dan pelatihan Pengawas Minum Obat (PMO).
7. Menyelenggarakan seminar-seminar TB paru.
8. Pembuatan artikel kesehatan paru pada media masa.
9. Peliputan kegiatan pelayanan melalui media elektronik.
10. Pembuatan leaflet, brosur dan media informasi lainnya tentang kesehatan paru.
11. Bekerjasama dengan RRI Semarang untuk siaran tentang kesehatan paru setiap bulan.
12. Bekerjasama dengan perguruan tinggi untuk penelitian dan pengembangan ilmu penyakit paru.

C. Alur Pelayanan Pasien di BP4

Pelaksanaan pelayanan kesehatan paru yang dilakukan di BP4 Semarang, merupakan rangkaian kegiatan yang dimulai dari unit penunjang sampai unit produksi.

Pasien datang pertama kali (pasien baru) ke loket (sub unit rekam medik) untuk dilakukan pendaftaran dan pencatatan identitas serta membayar tarif sesuai Perda (Rp. 5.000,-). Oleh sub unit rekam medik pasien dibuatkan kartu status kemudian pasien menunggu panggilan di klinik umum sementara kartu status diantarkan petugas ke klinik umum.

Pelayanan di klinik umum berupa anamnesa dan pemeriksaan fisik. Jika dari pemeriksaan fisik tadi pasien di duga mengidap penyakit tuberkulosis (TB) maka pasien dibuatkan pengantar untuk pemeriksaan radiologi ke unit radiologi dan pemeriksaan *sputum* (dahak) ke unit

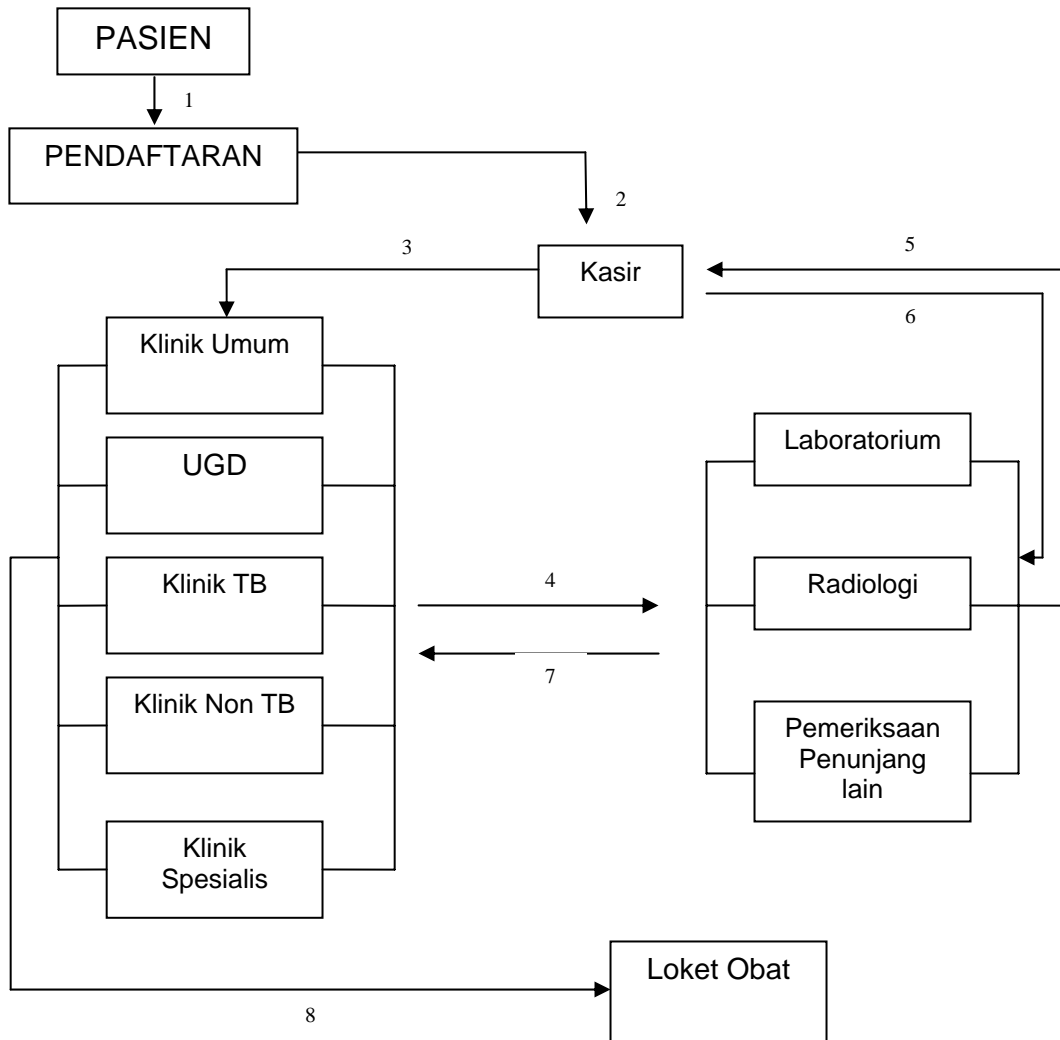
laboratorium. Sebelum melakukan pemeriksaan ke 2 unit tadi, pasien kembali ke loket untuk di daftarkan ke dua unit tadi dan membayar biaya pemeriksaan radiologi dan laboratorium sesuai tarif. Pada hari berikutnya jika pemeriksaan radiologi dan pemeriksaan sputum pasien telah tertegakkan diagnosanya menderita penyakit TB maka pasien dan PMO (Pengawas Minum Obat) akan diberikan motivasi untuk berobat secara teratur dan berkesinambungan.

Pasien juga ditawarkan akan mengikuti program pengobatan dimana yang dikehendaki pasien (Puskemas atau RSUD terdekat). Jika pasien menghendaki pengobatan di luar BP4 maka akan dirujuk. Jika pasien menghendaki pengobatan di BP4 maka akan dibuatkan kartu TB1 dan TB2 serta diberikan resep untuk diambil di apotik. Jika pasien yang datang klinik umum tidak dicurigai menderita penyakit TB maka pasien langsung diberi resep. Pasien yang menderita penyakit paru lainnya selain TB seperti *Bronchopneumoniae*, *bronchitis*, *pharingitis*, nyeri dada, asma, ISPA akan dirujuk ke Klinik Non TB tanpa harus membayar karcis lagi.

Sedangkan pasien yang menderita penyakit paru yang memerlukan pemeriksaan penunjang lainnya seperti pemeriksaan EKG (untuk mengetahui gangguan jantung), *spirometri* (tes fungsi paru) maka akan dirujuk ke klinik spesialis paru. Untuk pemeriksaan penunjang tersebut pasien harus membayar kembali biaya yang diperlukan untuk pemeriksaan penunjang tersebut. Demikian pula halnya dengan pasien yang memerlukan tindakan medis berupa *Nebuleser* (melebarkan jalan nafas), *Punctie Pleura* (mengeluarkan cairan yang ada di paru) pasien akan dirujuk ke klinik spesialis paru.

Alur pelayanan pasien di BP4 digambarkan pada gambar di bawah ini.

Gambar 4.2. Skema Alur Pelayanan Pasien di BP4 Semarang



Keterangan gambar :

1. Pasien melakukan pendaftaran
2. Pasien menyelesaikan pembayaran ke kasir
3. Pasien diperiksa di klinik (Umum, UGD, TB, Non TB).
4. Jika diperlukan, maka kepada pasien akan dilakukan pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, pemeriksaan penunjang lainnya).

5. Untuk pemeriksaan penunjang tersebut, maka pasien harus terlebih dahulu melunasi administrasi pembayaran (5 dan 6).
6. Dengan data yang diperoleh dari pemeriksaan penunjang, maka klinik akan menetapkan diagnosa dan penetapan terapi kepada pasien.
7. Pasien mengambil obat ke Loker Obat.

D. Output pelayanan

Jumlah pelayanan dan persentase penurunan dan kenaikan dibandingkan tahun sebelumnya pada tiga tahun terakhir dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.3. Jumlah Pelayanan BP4 Semarang Menurut Unit tahun 2002,2003 dan 2004

No	Unit Pelayanan	Jumlah (orang)				
		Tahun 2002	Tahun 2003	%	Tahun 2004	%
1	Umum	2.357	3.146	33	8.073	61
	Gakin	175	233		599	
	Non Gakin	2.182	2.913		7.474	
2	Klinik TB	5.400	3.471	55	11.743	70
3	Klinik Non-TB	3.142	3.617	15	5.366	32
4	Klinik Spesialis	3.355	2.560	31	4.272	40
5	Laboratorium	22.438	7.656	193	24.799	69
6	UGD	-	-		28	100
7	Radiologi	10.973	9.056	21	10.120	8

Sumber: Laporan Tahunan BP4 tahun 2004.

Hasil pelayanan di seluruh unit produksi di BP4 Semarang pada tahun 2004 mengalami peningkatan dibandingkan pada tahun 2003 dan 2002. Namun hasil pelayanan BP4 pada tahun 2003 mengalami penurunan sebesar 33 % untuk Klinik Umum, 55 % untuk Klinik TB, 15 % untuk Klinik Non TB, 31 % untuk klinik Spesialis dibandingkan pada tahun 2002.

Penurunan yang paling tajam terjadi pada unit laboratorium yaitu sebesar 193%. Sedangkan pelayanan di unit radiologi turun sebesar 21 %.

Pada tahun 2004, terjadi kenaikan sebesar 61 % untuk Klinik Umum, 70 % untuk klinik TB, 32 % untuk Klinik Non TB, 40 % untuk Klinik Spesialis, 69 % untuk unit Laboratorium. Unit Gawat Darurat Paru mengalami kenaikan 100 % karena unit ini memang baru berjalan pada tahun 2004. Unit Radiologi mengalami kenaikan sebesar 8 %.

E. Kelemahan Dalam Identifikasi Biaya dan Antisipasinya

- a. Terdapat permasalahan dalam penghitungan biaya penyusutan alat medis, terutama peralatan yang merupakan bantuan dari pemerintah pusat, karena tidak disertai harga dan usia peralatan. Penulis mendapatkan data untuk melengkapi dengan menanyakan ke petugas yang bersangkutan, Dinas Kesehatan Propinsi dan ke pengusaha peralatan.
- b. Pemakaian jasa kantor seperti listrik, ledeng dan telephone per unit pelayanan yang tidak terdapat datanya, sehingga menimbulkan kesulitan, untuk itu penulis mengukur pemakaiannya melalui observasi yaitu dengan melihat langsung di ruangan seberapa besar suatu peralatan membutuhkan listrik. Sebagai contoh mesin rontgen di unit pelayanan Radiologi memerlukan listrik total 7000 watt yang terdiri mesin utama 4000 watt, dryer 1000 watt, AC 500 watt dan exhauster 350 watt. Sedangkan unit laboratorium memerlukan air paling banyak terutama untuk pemeriksaan dan pembersihan alat-alat pemeriksaan darah dan urine.

Selain observasi, dilakukan pengukuran terbatas yaitu dengan mengukur berapa watt listrik yang diperlukan oleh suatu ruangan melalui penghitungan jumlah bola lampu misalnya ruangan laboratorium terdapat lampu 20 watt 6 buah, lampu mikroskop 5 watt 6 buah; dan wawancara mendalam dengan petugas unit misalnya untuk menanyakan berapa kali penggunaan telephone dan siapa saja yang menggunakan. Kemudian dipakai sistem pembobotan untuk menentukan pemakaiannya.

- c. BP4 adalah kantor yang cukup besar baik dari sisi dana, ketenagaan dan peralatan dibanding dengan UPT Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah lainnya sehingga tidak semua data administrasi terutama keuangan tersedia/disediakan secara lengkap, sehingga akhirnya dipakai sistem pembobotan yang berdasar dari observasi dan diskusi dengan petugas. Misalnya dokter umum yang bertugas di klinik umum, pada prakteknya tidak 100% di klinik tersebut karena kadang-kadang juga membantu pelayanan klinik non-TB, UGD dan kegiatan luar gedung. Demikian juga dengan tenaga yang lain.

F. Analisis Biaya

Sistematika yang dipakai dalam menganalisis biaya adalah mengidentifikasi semua biaya yang timbul sebagai akibat dari pelayanan yang diberikan. Biaya akan dikelompokkan menurut jenis biaya langsung dan tidak langsung.

1. Identifikasi Biaya

Langkah pertama dalam mengidentifikasi semua biaya adalah eksplorasi pada bagian keuangan kantor untuk mendapatkan data biaya operasional, biaya pemeliharaan dan biaya investasi. Semua biaya tersebut akan diolah untuk dikelompokkan menurut unit pelayanan untuk memudahkan analisis. Data kemudian akan dikonfirmasi dengan unit yang bersangkutan melalui observasi dan wawancara mendalam. Misalnya biaya obat yang sudah dikeluarkan apakah semua terpakai oleh pasien pada tahun yang sama? Ataukah masih tersimpan pada gudang maupun pada apotik/kamar obat kantor.

Biaya yang teridentifikasi dari Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru (BP4) adalah sebesar Rp. 3.201.212.102 yang terdiri dari biaya langsung Rp. 2.504.249.202,- (78,23%) dan biaya tidak langsung Rp. 696.962.900,- (22,77%). Data tentang biaya langsung dan tidak langsung secara lebih lengkap dapat dilihat pada lampiran 14.

a. Biaya Langsung

Biaya langsung meliputi gaji sekaligus kesejahteraan pegawai, insentif dan jasa medis, bahan obat, bahan habis pakai, sewa gedung, biaya penyusutan alat dan penyusutan kendaraan. Penelusuran data dilakukan dengan melihat sumber data yaitu bendahara untuk daftar gaji, kesejahteraan pegawai, insentif dan jasa medis. Kesejahteraan pegawai meliputi biaya perawatan dan pengobatan pegawai, belanja

kesejahteraan pegawai, berbagai honorarium dan uang lembur pegawai. Insentif adalah dana tambahan gaji yang diberikan pertahun oleh pemerintah propinsi kepada pegawai, sedangkan jasa medis adalah pengembalian dana dari pemerintah propinsi atas jasa pelayanan medis yang dilaksanakan BP4.

Dalam mendistribusikan gaji ke unit-unit pelayanan, dipakai melalui sistem pembobotan, dengan asumsi bahwa beberapa tenaga misalnya dokter umum dan perawat tidak 100% bertugas hanya semata-mata pada satu unit pelayanan. Karena sesuatu dan lain hal, mereka bisa ditugaskan di unit lain. Untuk tenaga administrasi dan struktural sebagian besar didistribusikan ke unit pelayanan secara merata.

Biaya bahan obat dan habis pakai didapatkan dari bahan yang dipergunakan masing-masing unit selama satu tahun sesuai dengan daftar penerimaan unit dari gudang. Untuk bahan obat, adalah obat yang diberikan kepada pasien dari sampel 100 pasien. Sementara itu untuk bahan habis pakai, adalah barang yang diterimakan dari gudang untuk unit yang bersangkutan, karena terlalu sulit untuk memilah barang yang sudah terpakai dan barang sisa di unit tersebut. Bahan habis pakai meliputi bahan medis dan bahan non medis. Bahan medis habis pakai terdiri dari: bahan medis, bahan laboratorium dan bahan radiologi. Sedangkan bahan non medis habis pakai meliputi: ATK, alat-alat listrik, bahan pembersih, gas dan benda-benda pos.

Biaya penyusutan alat dan kendaraan ditelusuri melalui daftar inventaris barang untuk mendapatkan harga, tahun pembelian, jumlah

dan penggunaannya. Tabel dibawah ini menunjukkan jumlah biaya langsung.

Tabel 4.4. Biaya Langsung pada BP4 Tahun 2004

NO	JENIS BIAYA LANGSUNG	JUMLAH (Rp.)	%
1	Gaji + Kesejahteraan peg.	1.179.517.385	47,10
2	Insentif + jasa medis	193.784.134	7,74
3	Obat	324.630.980	12,96
4	Bahan habis pakai	546.814.190	21,84
5	Sewa gedung	226.500.000	9,04
6	Penyusutan alat	22.987.046	0,92
7	Penyusutan Kendaraan	10.015.467	0,40
	Jumlah	2.504.249.202	100,00

Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004.

Komponen biaya terbesar adalah gaji termasuk kesejahteraan pegawai (47,10%), diikuti oleh bahan habis pakai (21,84%) dan berturut-urut adalah obat (12,96%), sewa gedung (9,04%), insentif + jasa medis (7,74%), penyusutan alat (0,9%) serta yang terkecil adalah biaya penyusutan kendaraan (0,40%). Informasi lebih lengkap dapat dilihat pada lampiran 14.

b. Biaya Tidak langsung

Biaya tidak langsung merupakan gabungan biaya jasa kantor seperti listrik, PDAM dan telephone; sarana kantor lain misalnya koran, paket dan fax; biaya kantor umum (cetak, fotocopy, makanan dan minuman, seragam dinas); pemeliharaan gedung, alat dan kendaraan; dan biaya perjalanan dinas. Penelusuran data dimulai dari pemakaian biaya tidak langsung oleh unit pelayanan dikombinasikan dengan sumber biaya di bagian keuangan. Alokasi biaya per unit juga

menurut sistem pembobotan. Rincian biaya tidak langsung dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.5. Tabel Biaya Tidak Langsung BP4 tahun 2004

No	JENIS BIAYA TIDAK LANGSUNG	JUMLAH (Rp.)	%
1	Biaya jasa kantor (listrik, PAM, Telp)	49.200.113	7,06
2	Sarana kantor lainnya (koran,paket,fax)	53.380.200	7,66
3	Biaya kantor umum (cetak,copy,mamin,seragam)	206.048.490	29,56
4	Pemeliharaan gedung	64.562.303	9,26
5	Pemeliharaan alat	64.110.025	9,20
6	Pemeliharaan kendaraan	35.965.769	5,16
7	Perjalanan dinas	223.696.000	32,10
	Jumlah	696.962.900	100,00

Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004.

Kontribusi terbesar diberikan oleh biaya perjalanan dinas (32,10%), kemudian biaya kantor umum (29,56%), pemeliharaan gedung (9,26%), pemeliharaan alat (9,20%), sarana kantor lainnya (7,66%), jasa kantor (7,06%) dan terkecil adalah biaya pemeliharaan kendaraan (5,16%). Biaya perjalanan dinas ini cukup besar mengingat wilayah binaan BP4 Semarang meliputi 14 Kabupaten/Kota di Jawa Tengah. Sekali kunjungan kerja ke kabupaten yang jauh (Cilacap) memerlukan waktu 3 hari dengan 3 orang dapat membutuhkan anggaran mencapai Rp. 5.000.000. Disamping itu, ada pula perjalanan dinas diluar daerah Jawa Tengah. Data selengkapnya tercantum pada lampiran 14.

2. Biaya Per Unit Pelayanan

a. Klinik Umum

Biaya klinik umum adalah sebesar Rp. 398.364.010 yang terdiri dari biaya langsung sebesar Rp. 343.349.901 (86,19%) dan biaya tidak langsung sebesar Rp. 55.023.109 (13,81%). Sebagian besar biaya langsung adalah gaji dan kesejahteraan pegawai yaitu sebesar Rp. 495.600.000 (62,71%), kemudian diikuti komponen gaji sebesar 177.503.926 (22,46%) dan biaya terkecil adalah penyusutan kendaraan yaitu Rp. 1.001.547 (0,13%). Informasi lebih lengkap dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

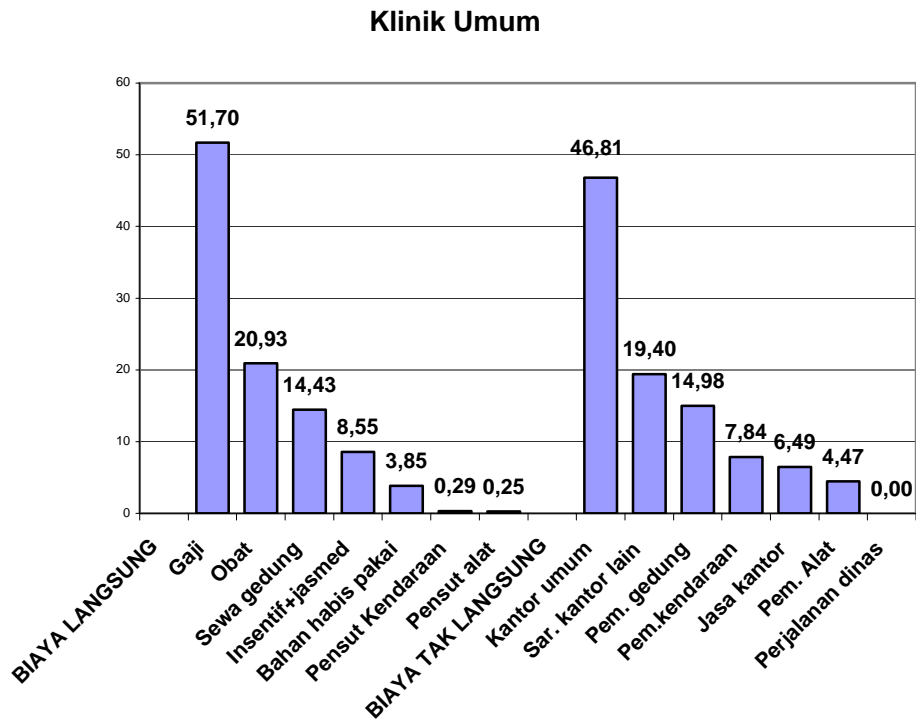
Tabel 4.6. Biaya Klinik Umum BP4 Semarang 2004

NO	JENIS BIAYA UNIT KLINIK UMUM	JUMLAH (Rp.)	%
I	BIAYA LANGSUNG		
1	Gaji + Kesejahteraan peg.	177.503.926	51,70
2	Insentif + jasa medis	29.344.455	8,55
3	Obat	71.854.224	20,93
4	Bahan habis pakai	13.211.018	3,85
5	Sewa gedung	49.560.000	14,43
6	Penyusutan alat	865.732	0,25
7	Penyusutan Kendaraan	1.001.547	0,29
	Jumlah	343.340.901	86,19
II	BIAYA TIDAK LANGSUNG		
1	Biaya jasa kantor (listrik, PAM, Telp)	3.569.684	6,49
2	Sarana kantor lainnya (koran,paket,fax)	10.676.040	19,40
3	Biaya kantor umum (cetak,copy,mamin,seragam)	25.756.061	46,81
4	Pemeliharaan gedung	8.244.788	14,98
5	Pemeliharaan alat	2.460.644	4,47
6	Pemeliharaan kendaraan	4.315.892	7,84
7	Perjalanan dinas	0	0,00
	Jumlah	55.023.109	13,81
	Total Jumlah	398.364.010	100

Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004.

Sedangkan untuk biaya tidak langsung komponen terbesar adalah biaya kantor umum sebesar 46,81%, diikuti biaya sarana kantor lain 19,40%, pemeliharaan gedung sebesar 21,68%, dan biaya terendah adalah perjalanan dinas 0,00%. Persentase lebih lengkap dapat dilihat pada gambar dibawah ini.

Gambar 4.2. Diagram Batang Biaya Klinik Umum BP4 Semarang Tahun 2004



b. Klinik TB

Biaya total unit klinik TB adalah Rp. 649.151.965 yang terdiri dari biaya langsung Rp. 568.833.111 (87,63%) serta biaya tidak langsung Rp. 80.318.854 (12,37%). Dari biaya langsung, obat merupakan biaya terbesar yaitu sebesar Rp. 245.695.299, diikuti biaya gaji sebesar 216.506.201 dan biaya terkecil adalah penyusutan kendaraan yaitu Rp. 954.771. Biaya obat adalah biaya terbesar karena penderita TB di BP4 merupakan penyumbang yang signifikan kunjungan pasien dan klinik TB masih merupakan *core business*. Tabel dibawah ini memuat lebih jelas biaya pada unit klinik TB.

Tabel 4.7. Biaya Klinik TB BP4 Semarang Tahun 2004

NO	JENIS BIAYA UNIT KLINIK TB	JUMLAH (Rp.)	%
I	BIAYA LANGSUNG		
1	Gaji + Kesejahteraan peg.	216.506.201	38,06
2	Insentif + jasa medis	35.988.482	6,33
3	Obat	245.695.299	43,19
4	Bahan habis pakai	40.526.039	7,12
5	Sewa gedung	27.660.000	4,86
6	Penyusutan alat	954.771	0,17
7	Penyusutan Kendaraan	1.502.320	0,26
	Jumlah	568.833.111	87,63
II	BIAYA TIDAK LANGSUNG		
1	Biaya jasa kantor (listrik, PAM, Telp)	7.864.839	9,79
2	Sarana kantor lainnya (koran,paket,pos)	8.007.030	9,97
3	Biaya kantor umum (cetak,copy,mamin,seragam)	25.756.061	32,07
4	Pemeliharaan gedung	9.544.788	11,88

5	Pemeliharaan alat	2.460.644	3,06
6	Pemeliharaan kendaraan	4.315.892	5,37
7	Perjalanan dinas	22.369.600	27,85
	Jumlah	80.318.854	12,37
	Total Jumlah	649.151.965	100

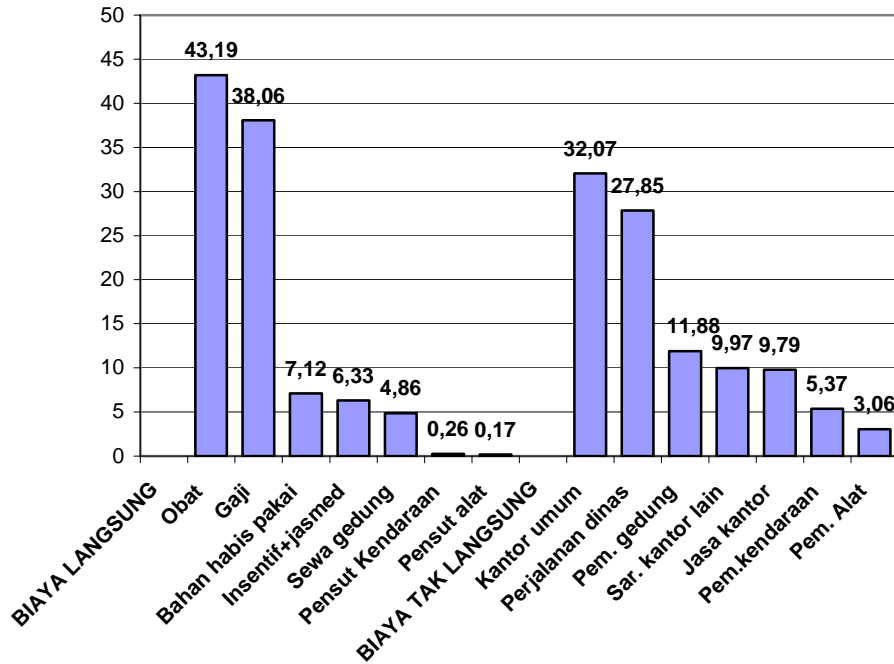
Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004.

Sedangkan untuk biaya tidak langsung komponen terbesar adalah biaya kantor umum sebesar Rp. 25.756.061, diikuti biaya perjalanan dinas sebesar Rp. 22.369.600 dan biaya terendah adalah pemeliharaan alat yaitu Rp. 2.460.644. persentase biaya klinik TB dapat dilihat pada gambar berikut ini.

Gambar 4.3. Diagram Batang Persentase Biaya Klinik TB BP4

Tahun 2004

Klinik TB



c. Klinik Non TB

Biaya klinik non TB adalah Rp. 649.765.293, bagian terbesar adalah biaya langsung yaitu sebesar Rp. 177.065.919 (72,05%), biaya tidak langsung adalah Rp. 68.699.374 (27,95%). Komponen biaya gaji merupakan biaya terbesar biaya langsung yaitu

Rp. 123.875.799, selanjutnya adalah biaya sewa gedung sebesar 23.400.000 dan biaya terkecil adalah biaya obat yaitu Rp. 0 (nol). Tidak adanya biaya obat ini karena kebetulan dari

sampel 100 resep yang keluar tidak terdapat obat dari klinik ini. Tabel dibawah ini menggambarkan biaya unit secara lebih lengkap.

Tabel 4.8. Biaya Klinik Non TB BP4 Semarang Tahun 2004

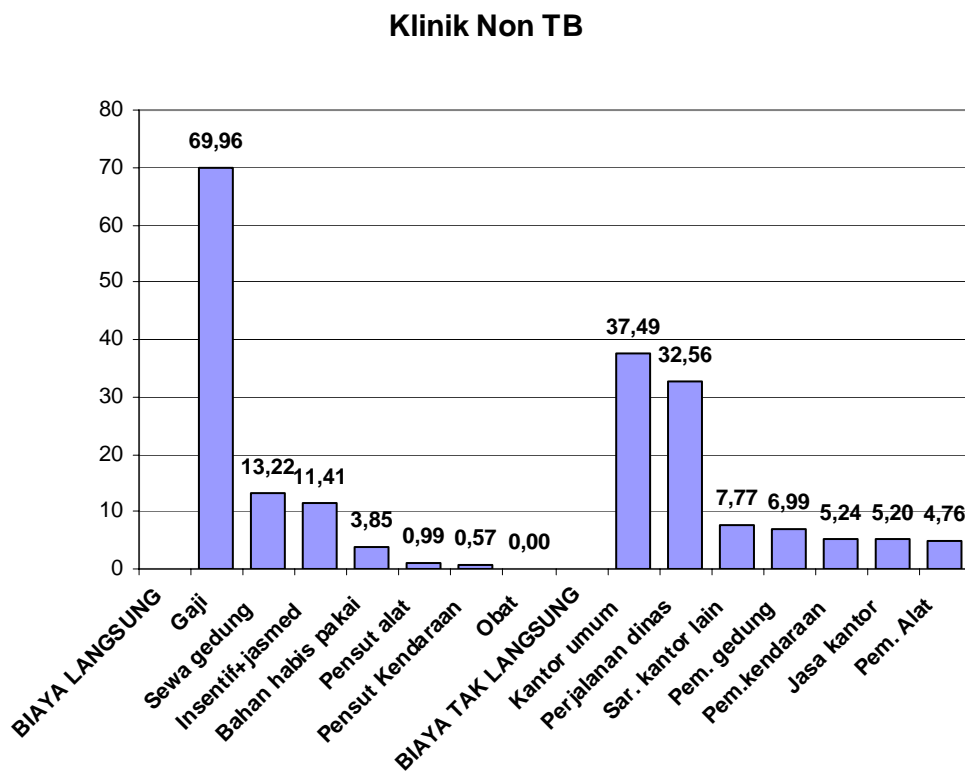
NO	JENIS BIAYA KLINIK NON TB	JUMLAH (Rp.)	%
I	BIAYA LANGSUNG		
1	Gaji + Kesejahteraan peg.	123.875.799	69,96
2	Insentif + jasa medis	20.208.917	11,41
3	Obat	0	0,00
4	Bahan habis pakai	6.818.981	3,85
5	Sewa gedung	23.400.000	13,22
6	Penyusutan alat	1.760.676	0,99
7	Penyusutan Kendaraan	1.001.547	0,57
	Jumlah	177.065.919	72,05
II	BIAYA TIDAK LANGSUNG		
1	Biaya jasa kantor (listrik, PAM, Telp)	3.569.684	5,20
2	Sarana kantor lainnya (koran,paket,fax)	5.338.020	7,77
3	Biaya kantor umum (cetak,copy,mamin,seragam)	25.756.061	37,49
4	Pemeliharaan gedung	4.798.788	6,99
5	Pemeliharaan alat	3.270.644	4,76
6	Pemeliharaan kendaraan	3.596.577	5,24
7	Perjalanan dinas	22.369.600	32,56
	Jumlah	68.699.374	27,95
	Total Jumlah	245.765.293	100

Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004.

Sementara itu, untuk biaya tidak langsung komponen terbesar adalah biaya kantor umum sebesar 37,49%, diikuti biaya perjalanan dinas sebesar 32,56%, dan biaya terendah adalah

pemeliharaan alat 4,76%. Secara lebih detail persentase biaya klinik non TB dapat dilihat pada gambar berikut.

Gambar 4.4. Diagram Batang Persentase Biaya Klinik Non TB Tahun 2004



d. Klinik Spesialis

Biaya total klinik spesialis adalah Rp. 305.656.646 yang meliputi biaya langsung Rp. 232.818.232 (76,17%) dan biaya tidak langsung Rp. 72.838.415 (23,83%).

Komponen biaya langsung terbesar adalah gaji yaitu sebesar Rp. 120.650.609, diikuti bahan habis pakai sebesar Rp. 55.293.410 dan biaya terendah adalah penyusutan kendaraan sebesar Rp. 1.001.547. Tabel dibawah ini menunjukkan besar biaya klinik spesialis.

Tabel 4.9. Biaya Klinik Spesialis BP4 Semarang Tahun 2004

NO	JENIS BIAYA KLINIK SPESIALIS	JUMLAH (Rp.)	%
I	BIAYA LANGSUNG		
1	Gaji + Kesejahteraan peg.	120.625.609	51,81
2	Insentif + jasa medis	19.655.248	8,44
3	Obat	7.081.457	3,04
4	Bahan habis pakai	55.293.410	23,75
5	Sewa gedung	28.260.000	12,14
6	Penyusutan alat	900.961	0,39
7	Penyusutan Kendaraan	1.001.547	0,43
	Jumlah	232.818.232	76,17
II	BIAYA TIDAK LANGSUNG		
1	Biaya jasa kantor (listrik, PAM, Telp)	6.155.410	8,45
2	Sarana kantor lainnya (koran,paket,fax)	5.338.020	7,33
3	Biaya kantor umum (cetak,copy,mamin,seragam)	25.756.061	35,36
4	Pemeliharaan gedung	3.644.788	5,00
5	Pemeliharaan alat	5.258.644	7,22
6	Pemeliharaan kendaraan	4.315.892	5,93
7	Perjalanan dinas	22.369.600	30,71
	Jumlah	72.838.415	23,83
	Total Jumlah	305.656.646	100

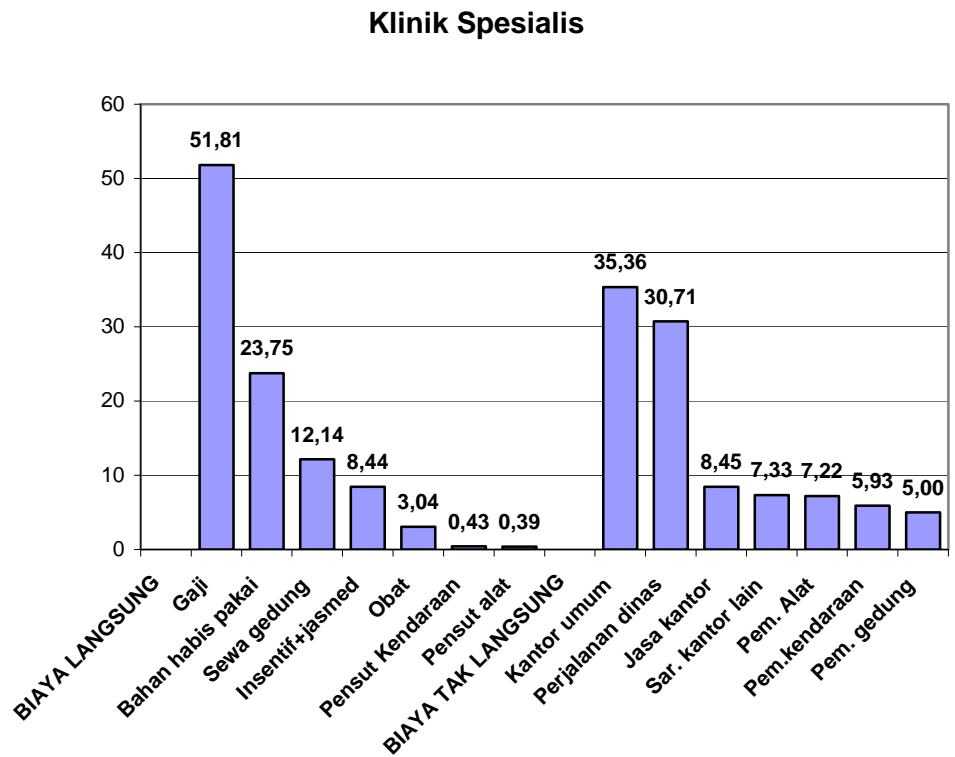
Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004.

Diantara biaya tidak langsung, persentase biaya kantor umum menempati urutan pertama dengan biaya Rp. 35,36%, diikuti biaya

perjalanan dinas sebesar 30,71%, dan biaya terkecil adalah pemeliharaan gedung yaitu 5,00%.

Informasi lebih jelas dapat dilihat pada gambar dibawah ini.

**Gambar 4.5. Diagram Batang Persentase Biaya
Klinik Spesialis BP4 Tahun 2004**



e. Laboratorium

Biaya unit laboratorium BP4 sebesar Rp. 543.067.259 yang terdiri dari biaya langsung Rp. 442.529.117 (81,49%) dan biaya tidak langsung Rp. 100.538.142 (18,51%). Dari biaya langsung, biaya terbesar berasal dari bahan habis pakai yaitu Rp. 209.576.216, yang kedua adalah gaji sebesar Rp. 172.628.642 dan biaya terendah adalah bahan obat yaitu Rp. 0,00. Secara lebih lengkap dapat diperhatikan pada tabel berikut ini.

**Tabel 4.10. Biaya Unit Laboratorium BP4 Semarang
Tahun 2004**

NO	JENIS BIAYA UNIT LABORATORIUM	JUMLAH (Rp.)	%
I	BIAYA LANGSUNG		
1	Gaji + Kesejahteraan peg.	172.628.642	39,01
2	Insentif + jasa medis	28.513.951	6,44
3	Obat	0	0,00
4	Bahan habis pakai	209.576.216	47,36
5	Sewa gedung	25.920.000	5,86
6	Penyusutan alat	4.888.762	1,10
7	Penyusutan Kendaraan	1.001.547	0,23
	Jumlah	442.529.117	81,49
II	BIAYA TIDAK LANGSUNG		
1	Biaya jasa kantor (listrik, PAM, Telp)	10.883.318	10,83
2	Sarana kantor lainnya (koran,paket,fax)	5.338.020	5,31
3	Biaya kantor umum (cetak,copy,mamin,seragam)	25.756.061	25,62
4	Pemeliharaan gedung	11.344.788	11,28
5	Pemeliharaan alat	21.969.094	21,85
6	Pemeliharaan kendaraan	2.877.262	2,86
7	Perjalanan dinas	22.369.600	22,25
	Jumlah	100.538.142	18,51

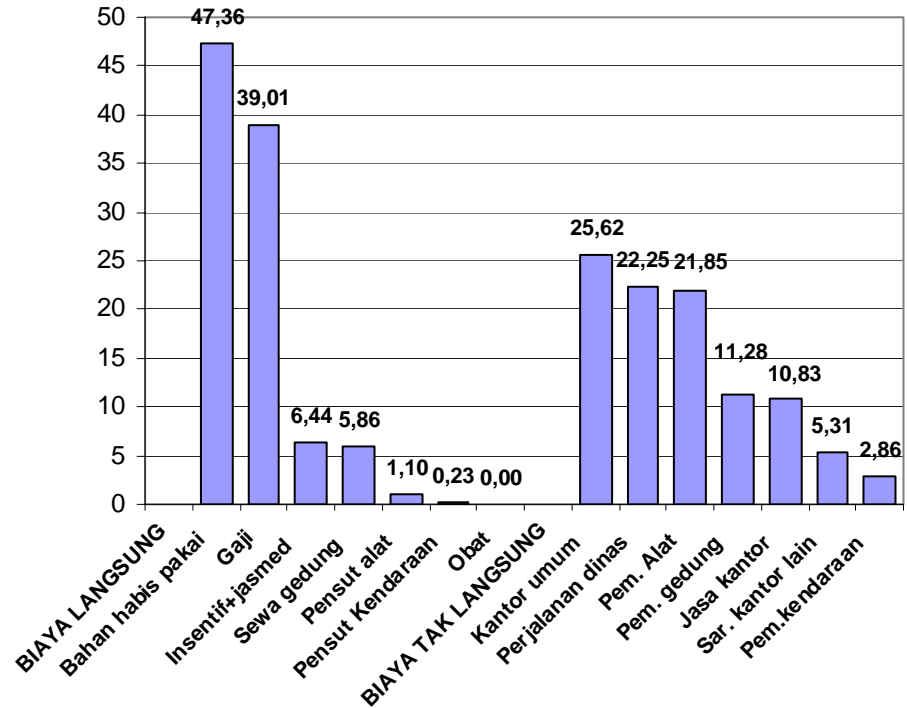
Total Jumlah	543.067.259	100
--------------	-------------	-----

Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004.

Sementara itu, biaya kantor umum masih menempati urutan terbesar dengan 25,62%, kemudian diikuti biaya perjalanan dinas 22,25%. Biaya terkecil adalah pemeliharaan kendaraan sebesar 2,86%. Gambar berikut akan menggambarkan persentase unit ini secara lebih lengkap.

**Gambar 4.6. Diagram Batang Persentase Biaya Unit
Laboratorium BP4 Tahun 2004**

Laboratorium



f. UGD

Unit UGD memerlukan biaya sebesar Rp. 199.788.495. Biaya tersebut meliputi biaya langsung Rp. 149.297.117 (74,73%) serta biaya tidak langsung Rp. 50.490.988 (25,27%). Diantara biaya langsung, biaya gaji merupakan biaya terbesar yaitu sebesar Rp. 91.373.904, diikuti biaya sewa gedung sebesar Rp 22.260.000 dan biaya terkecil adalah biaya obat Rp. 0. tabel dibawah ini akan menunjukkan biaya UGD secara lebih rinci.

Tabel 4.11. Biaya Unit UGD BP4 Semarang 2004

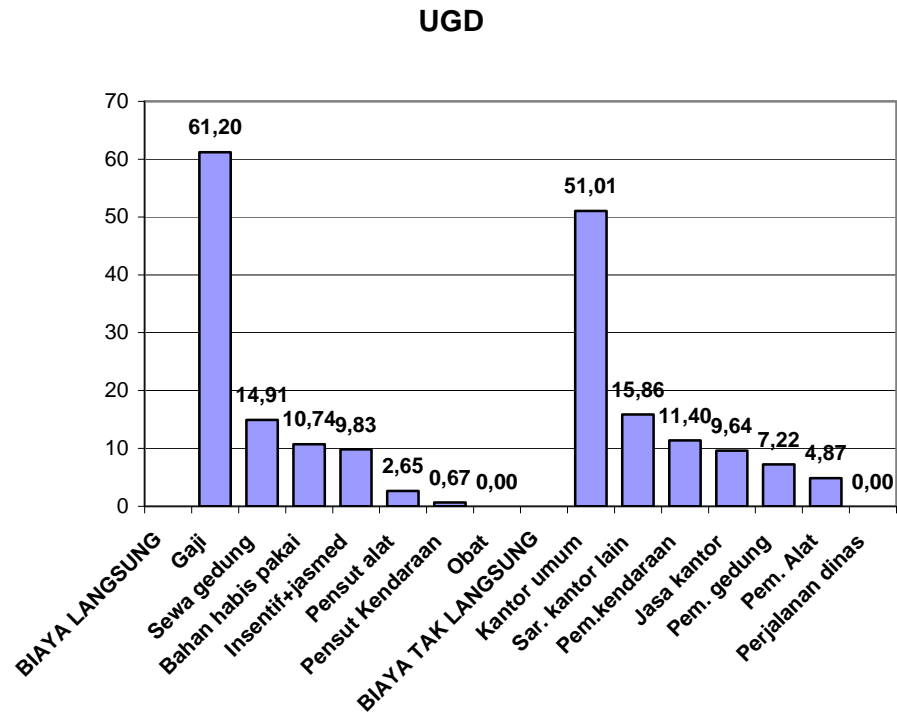
NO	JENIS BIAYA UNIT UGD	JUMLAH (Rp.)	%
I	BIAYA LANGSUNG		
1	Gaji + Kesejahteraan peg.	91.373.904	61,20
2	Insentif + jasa medis	14.672.227	9,83
3	Obat	0	0,00
4	Bahan habis pakai	16.040.526	10,74
5	Sewa gedung	22.260.000	14,91
6	Penyusutan alat	3.949.304	2,65
7	Penyusutan Kendaraan	1.001.547	0,67
	Jumlah	149.297.507	74,73
II	BIAYA TIDAK LANGSUNG		
1	Biaya jasa kantor (listrik, PAM, Telp)	4.867.942	9,64
2	Sarana kantor lainnya (koran,paket,fax)	8.007.030	15,86
3	Biaya kantor umum (cetak,copy,mamin,seragam)	25.756.061	51,01
4	Pemeliharaan gedung	3.644.788	7,22
5	Pemeliharaan alat	2.460.644	4,87
6	Pemeliharaan kendaraan	5.754.523	11,40
7	Perjalanan dinas	0	0,00
	Jumlah	50.490.988	25,27
	Total Jumlah	199.788.495	100

Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004.

Sedangkan untuk biaya tidak langsung komponen terbesar adalah persentase biaya kantor umum yang menyita biaya sekitar setengahnya yaitu sebesar 51,01%, diikuti biaya sarana kantor lain sebesar 15,86%, dan biaya terendah adalah perjalanan dinas yaitu 0,00%. Lebih lengkap dapat dilihat pada gambar berikut.

Gambar 4.7. Diagram Batang Persentase Biaya UGD

BP4 Tahun 2004



g. Radiologi

Biaya unit ini sebesar Rp. 490.407.124 yang terdiri dari biaya langsung sebesar Rp. 389.862.551 (79,50%) serta biaya tidak langsung sebesar Rp. 100.544.573 (20,50%). Biaya langsung terbesar adalah biaya bahan habis pakai yaitu Rp. 204.587.074, selanjutnya komponen gaji Rp. 122.250.704 dan biaya terendah adalah biaya obat sebesar Rp. 0.

Tabel 4.12. Biaya Unit Radiologi BP4 Semarang Tahun 2004

NO	JENIS BIAYA UNIT RADIOLOGI	JUMLAH (Rp.)	%
I	BIAYA LANGSUNG		
1	Gaji + Kesejahteraan peg.	122.250.704	31,36

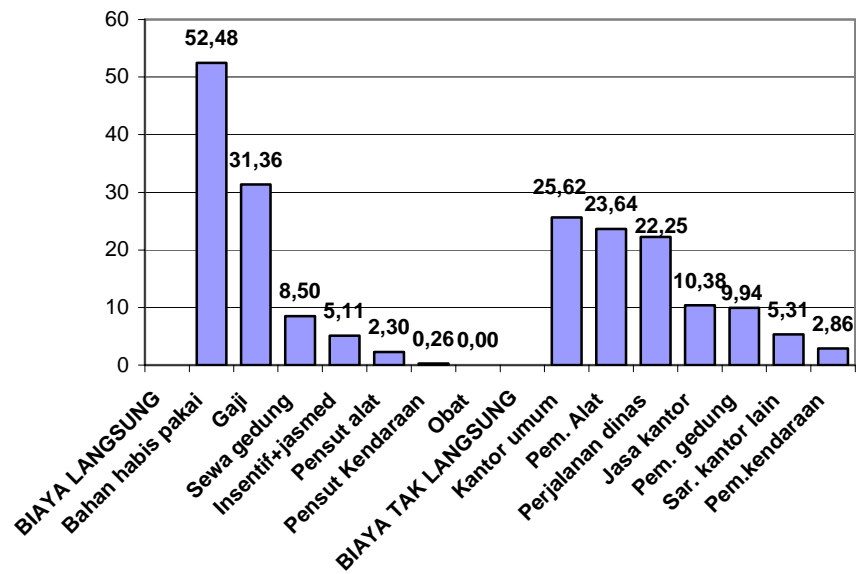
2	Insentif + jasa medis	19.932.082	5,11
3	Obat	0	0,00
4	Bahan habis pakai	204.587.074	52,48
5	Sewa gedung	33.120.000	8,50
6	Penyusutan alat	8.971.144	2,30
7	Penyusutan Kendaraan	1.001.547	0,26
	Jumlah	389.862.551	79,50
II	BIAYA TIDAK LANGSUNG		
1	Biaya jasa kantor (listrik, PAM, Telp)	10.439.774	10,38
2	Sarana kantor lainnya (koran,paket,fax)	5.338.020	5,31
3	Biaya kantor umum (cetak,copy,mamin,seragam)	25.756.061	25,62
4	Pemeliharaan gedung	9.994.788	9,94
5	Pemeliharaan alat	23.769.069	23,64
6	Pemeliharaan kendaraan	2.877.262	2,86
7	Perjalanan dinas	22.369.600	22,25
	Jumlah	100.544.573	20,50
	Total Jumlah	490.407.124	100

Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004.

Tentang biaya tidak langsung, persentase biaya kantor umum menempati urutan pertama dengan 25,62%, diikuti biaya pemeliharaan alat 23,64%, dan biaya terkecil adalah pemeliharaan kendaraan yaitu 2,86%. Informasi lebih jelas dapat dilihat pada gambar dibawah ini.

Gambar 4.8. Diagram Batang Persentase Biaya Unit Radiologi BP4 Tahun 2004

Radiologi



h. Luar gedung

Unit luar gedung memerlukan biaya sebesar Rp. 369.011.309. Biaya tersebut meliputi biaya langsung Rp. 200.501.863 (54,33%) serta biaya tidak langsung Rp. 168.509.446 (45,67%). Diantara biaya langsung, biaya gaji merupakan biaya terbesar yaitu sebesar Rp. 154.752.600, diikuti biaya insentif + jasa medis sebesar Rp. 25.468.722 dan biaya terkecil adalah biaya obat Rp.0. Tabel dibawah ini akan menunjukkan biaya unit luar gedung secara lebih rinci.

Tabel 4.13. Biaya Unit Luar Gedung BP4 Semarang Tahun 2004

NO	JENIS BIAYA UNIT LUAR GEDUNG	JUMLAH (Rp.)	%
----	------------------------------	--------------	---

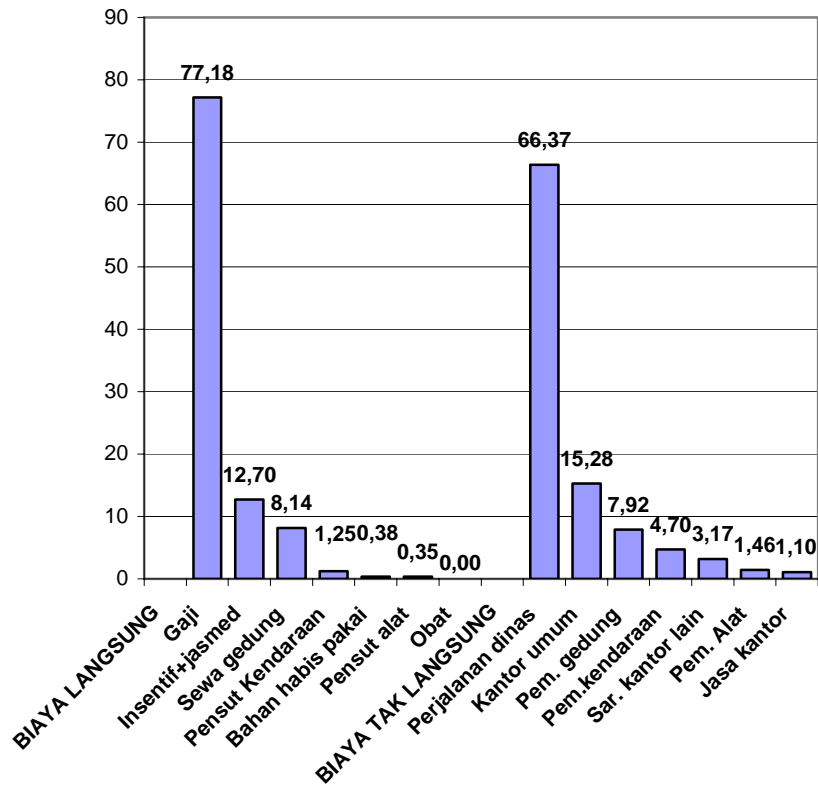
I	BIAYA LANGSUNG		
1	Gaji + Kesejahteraan peg.	154.752.600	77,18
2	Insentif + jasa medis	25.468.772	12,70
3	Obat	0	0,00
4	Bahan habis pakai	760.929	0,38
5	Sewa gedung	16.320.000	8,14
6	Penyusutan alat	695.696	0,35
7	Penyusutan Kendaraan	2.503.867	1,25
	Jumlah	200.501.863	54,33
II	BIAYA TAK LANGSUNG		
1	Biaya jasa kantor (listrik, PAM, Telp)	1.849.464	1,10
2	Sarana kantor lainnya (koran,paket,fax)	5.338.020	3,17
3	Biaya kantor umum (cetak,copy,mamin,seragam)	25.756.061	15,28
4	Pemeliharaan gedung	13.344.788	7,92
5	Pemeliharaan alat	2.460.644	1,46
6	Pemeliharaan kendaraan	7.912.469	4,70
7	Perjalanan dinas	111.848.000	66,37
	Jumlah	168.509.446	45,67
	Total Jumlah	369.011.309	100

Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004.

Diantara biaya tidak langsung, persentase biaya perjalanan dinas menempati urutan pertama yaitu sebesar 66,37%, diikuti biaya kantor umum sebesar 15,28%, dan biaya terkecil adalah pemeliharaan alat yaitu 3,46%. Informasi lebih jelas dapat dilihat pada gambar dibawah ini.

Gambar 4.9. Diagram Batang Persentase Biaya Unit Luar Gedung BP4 tahun 2004

Luar gedung



G. Biaya Investasi dan Gaji

Total biaya asli didapatkan dengan menghitung biaya investasi, biaya operasional dan biaya pemeliharaan dapat digambarkan dalam tabel berikut.

Tabel 4.14 Gambaran Biaya Investasi, Operasional dan Pemeliharaan BP4 Tahun 2004

JENIS BIAYA	BIAYA ASLI	%
BIAYA INVESTASI	259.502.513	8,11
1. Biaya Gedung	226.500.000	87,28
2. Biaya AFC Peralatan Medis	16.120.177	6,21
3. Biaya AFC Peralatan non Medis	6.866.869	2,65
4. Biaya AFC Kendaraan	10.015.467	3,86
BIAYA OPERASIONAL	2.777.071.492	86,75
1. Biaya Gaji + Kes Pegawai	1.179.517.385	42,47
2. Insentif + Jasa Medis	193.784.134	6,98
3. Biaya Obat	324.630.980	11,69
4. Biaya Bahan Medis	508.767.740	18,32
5. Biaya Bahan non Medis	38.04.,450	1,37
6. Biaya jasa kantor	49.200.113	1,77
7. Biaya perjalanan dinas	223.696.000	8,06
8. Biaya sarana kantor lainnya	53.380.200	1,92
9. Biaya kantor umum	206.048.490	7,42
BIAYA PEMELIHARAAN	164.638.097	5,14
1. Biaya Pem. Alat Medis	44.42.,875	26,98
2. Biaya pemeliharaan alat non medis	19.685.150	11,96
3. Biaya Pemeliharaan Gedung	64.562.303	39,21
4. Biaya Pemeliharaan Kendaraan	35.965.769	21,85
BIAYA TOTAL	3.201.212.102	100,00

Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004.

Tabel diatas menggambarkan kontribusi biaya investasi terhadap biaya total adalah 8,11%. Dari 8,11% itu, sewa gedung merupakan bagian yang terbesar yaitu 87,28%. Untuk menghitung investasi gedung, biaya sewa gedung ini lebih dipilih daripada biaya penyusutan dengan asumsi bahwa nilai jual gedung semakin meningkat karena lokasi dan harga tanahnya.

Hal ini berbeda dengan alat dan kendaraan yang semakin lama semakin menurun harganya. Alasan lain adalah penulis merasa kesulitan mendapatkan data awal pembangunan dan biaya rehabilitasi dan

pembangunan ruangan-ruangan baru sejak didirikan dan selanjutnya ditempati BP4 pada tahun 1980.

Komponen gaji adalah 42,47% terhadap biaya operasional. Komponen gaji ini menyumbang cukup besar karena merupakan gabungan gaji pokok 70 pegawai tetap (PNS), dokter PTT dan tenaga harian lepas; berbagai macam tunjangan; kesejahteraan pegawai; honorarium; uang lembur; tunjangan pengelola keuangan; biaya perawatan dan pengobatan.

H. Analisis Biaya Total

Biaya total BP4 dirincikan menurut unit pelayanan dengan dibedakan biaya total asli dengan gaji dan investasi, biaya tanpa gaji, biaya tanpa investasi dan biaya tanpa gaji dan tanpa investasi. Gambaran lengkap ditunjukkan pada tabel dibawah ini.

Table 4.15 Biaya Total Per Unit Pelayanan di BP4 Tahun 2004

Dalam rupiah

No	Unit	Biaya Asli	Biaya Tanpa Investasi	Biaya Tanpa Gaji	Biaya Tanpa Gaji dan Investasi	Pendapatan
1	Klinik Umum	398.364.010	346.936.731	220.610.084	169.432.805	82.656.883
2	Klinik TB	649.151.965	619.034.874	432.395.764	402.528.673	58.715.000
3	Klinik non TB	245.765.293	219.603.070	121.639.494	95.727.271	30.175.000
4	Spesialis	305.656.646	275.494.139	184.781.037	154.868.529	40.328.000
5	Lab	543.067.259	511.256.951	370.188.617	338.628.309	77.837.000
6	UGD	199.788.495	172.577.644	108.164.592	81.203.741	555.000
7	Radiologi	490.407.124	447.314.434	367.906.420	325.063.730	303.725.000
8	Luar gedung	369.011.309	349.491.746	214.008.709	194.739.146	0
	TOTAL	3.201.212.102	2.941.709.589	2.019.694.717	1.762.192.204	593.991.883

Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004.

Tabel diatas menggambarkan betapa besarnya subsidi yang diberikan pemerintah kepada masyarakat yaitu biaya asli dikurangi pendapatan, adalah Rp. 3.201.212.102 - Rp. 593.991.883 = Rp. 2.607.220.219,-. Sedangkan bila biaya total tanpa gaji dan investasi dikurangi pendapatan yaitu Rp. 1.762.192.204 – Rp. 593.991.883 = Rp. 1.168.200.321,-

Tabel 4.16 Persentase Pendapatan dengan Biaya Total

NO	UNIT	Pendapatan	% pendapatan terhadap			
			Biaya asli	Biaya - investasi	Biaya - gaji	Biaya - gaji & investasi
1	Klinik Umum	82.656.883	20,75	23,82	37,47	48,78
2	Klinik TB	58.715.000	9,04	9,48	13,58	14,59
3	Klinik non TB	30.175.000	12,28	13,74	24,81	31,52
4	Spesialis	40.328.000	13,19	14,64	21,82	26,04
5	Lab	77.837.000	14,33	15,22	21,03	22,99
6	UGD	555.000	0,28	0,32	0,51	0,68
7	Radiologi	303.725.000	61,93	67,90	82,55	93,44
	TOTAL	593.991.883	18,83	20,73	28,82	34,01

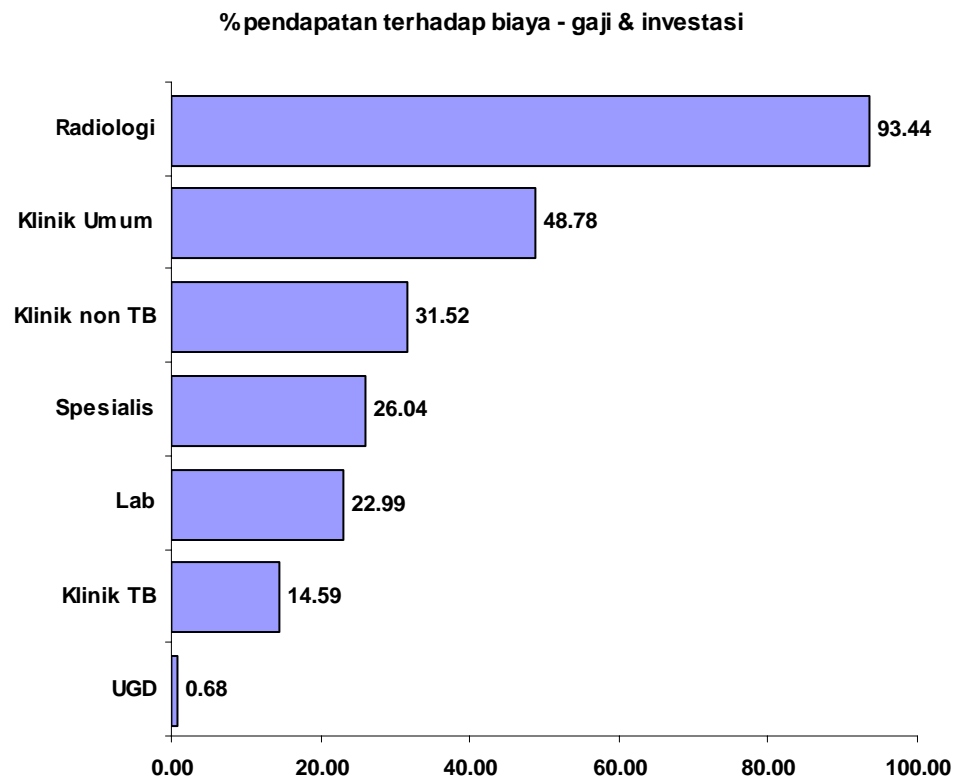
Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004.

Biaya investasi dan gaji perlu diperhitungkan secara tersendiri mengingat bahwa biaya ini dimaksudkan sebagai investasi yang kegunaannya untuk jangka panjang. Sehingga biaya investasi dan gaji akan dikeluarkan dalam penghitungan tarif. Apabila komponen investasi dan gaji ini diperhitungkan seperti biaya operasional, maka biaya asli akan sangat besar yang akan berdampak pada usulan tarif nantinya.

Sedangkan unit pelayanan pemerintah dianggap banyak kalangan sebagai unit yang kompetitif dari segi tarif dibandingkan dengan pelayanan swasta. Demikian juga dengan komponen gaji, bagi unit-unit yang sudah mencapai titik impas mungkin baru kemudian komponen gaji dan selanjutnya komponen investasi bisa diperhitungkan. Untuk mempermudah, analisa grafik dibawah ini akan menggambarkan persentase pendapatan terhadap biaya

tanpa gaji dan investasi. Pengertian sesuai dengan apa yang dinyatakan oleh Gani, bahwa cost recovery bisa dilakukan untuk biaya operasional saja selain biaya total asli.⁽²⁰⁾

Gambar 4.10. Diagram Batang Persentase Pendapatan Terhadap Biaya Tanpa Gaji dan Investasi Pada BP4 Semarang Tahun 2004



Secara total persentase pendapatan terhadap biaya total tanpa gaji dan investasi adalah 34,01%. Persentase terbesar adalah komponen unit radiologi yaitu 93,44%, diikuti unit klinik umum 48,78%, dan sumbangan terendah adalah unit UGD 0,68%. Dengan meningkatnya kesadaran masyarakat akan kesehatan dimana kemauan masyarakat berobat ke dokter spesialis cukup tinggi (26,04%) perlu ditingkatkan lagi dengan

peningkatan promosi keberadaan pelayanan spesialis di BP4 dengan tarif yang terjangkau.

Pelayanan radiologi juga masih bisa ditingkatkan volumenya untuk memenuhi prinsip subsidi silang melalui pelayanan *general check up* . Demikian halnya dengan pelayanan laboratorium, letak kantor BP4 yang mudah dijangkau seharusnya bisa dioptimalkan lagi.

I. Analisis Biaya Satuan

Biaya satuan (*Unit Cost*) didapatkan melalui nilai rata-rata pembagian biaya total dengan jumlah kunjungan. Biaya satuan perlu dibandingkan dengan tarif yang berlaku saat ini untuk analisis kelayakan tarif sekarang. Tabel dibawah ini menyajikan biaya satuan per unit pelayanan dan tarif saat ini.

Tabel 4.17 Biaya Satuan Per Unit Pelayanan BP4 tahun 2004

Dalam rupiah

No	Unit	Biaya Satuan				Tarif
		asli	tanpa investasi	tanpa gaji	tanpa gaji & investasi	
1	Klinik Umum	49.345	42.975	27.327	20.988	5.000
2	Klinik TB	55.280	52.715	36.822	34.278	5.000
3	Klinik non TB	123.407	110.270	61.079	48.068	7.500
4	Spesialis	75.229	67.806	45.479	38.117	21.833
5	Lab	437.975	412.321	298.551	273.098	7.050
6	UGD	35.676.517	30.817.436	19.315.106	14.500.668	19.000

7	Radiologi	145.378	132.603	109.063	96.363	46.667
	TOTAL	36.563.131	31.636.126	19.893.427	15.011.580	112.050

Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004.

Apabila dibandingkan biaya satuan tanpa gaji dan investasi sekalipun, tarif saat ini masih terpaut jauh kecuali unit radiologi. Perbandingan yang menyolok terlihat pada unit UGD dimana biaya satuan Rp. 14.500.668 dan tarif hanya Rp. 19.000 hal ini terjadi karena pelayanan UGD relatif baru, jumlah total kunjungannya hanya 28, dan pasien yang memanfaatkannya sebagian besar adalah kedaruratan paru.

J. Analisis Sensitifitas Biaya Satuan

Untuk mengetahui besar tarif yang sesuai sesuai secara ekonomi, diperlukan informasi tarif pesaing sejenis dan jumlah kunjungan per unit pelayanan. Dari sini akan didapatkan tingkat pemulihan (*Cost Recovery Rate*, CRR). Biaya satuan yang dipakai disini adalah biaya satuan tanpa gaji dan tanpa investasi karena unit BP4 adalah unit pelayanan kesehatan paru pemerintah yang masih mengemban misi sosial (*public good*) dan belum merupakan unit swadana. Sehingga gaji dan investasi masih merupakan subsidi dari pemerintah.

Tabel 4.18 Simulasi Kenaikan Tarif di BP4 tahun 2004

Dalam Rupiah

NO	UNIT	TARIF SAAT INI	KENAIKAN TARIF				TARIF PESAING
			50%	75%	100%	YANG DIUSULKAN	
1	Umum	5.000	7.500	8.750	10.000	6.000	7.000
2	Klinik TB	5.000	7.500	8.750	10.000	6.000	7.000
3	Klinik Non TB	7.500	11.250	13.125	15.000	11.250	15.000
4	Spesialis	21.833	32.750	38.208	43.667	19.500	34.250
5	Laboratorium	7.050	10.575	12.338	14.100	12.500	23.025
6	UGD	19.000	28.500	33.250	38.000	30.000	40.000
7	Radiologi	46.667	70.000	81.667	93.333	60.000	72.667
	RATA-RATA	16.007	24.011	28.013	32.014	20.750	28.420

Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004.

Tarif yang diusulkan haruslah cukup tinggi sehingga bisa mendekati biaya satuan, sekaligus cukup rendah dibandingkan dengan tarif pesaing agar masih kompetitif, mengingat bahwa salah satu daya tarik BP4 menurut wawancara sekilas dengan beberapa pengunjung adalah karena tarifnya yang rendah. Terlihat dari tabel bahwa kenaikan tarif yang diusulkan adalah sekitar kenaikan 50%. Tarif yang diusulkan tersebut adalah tarif rata-rata dari per jenis pelayanan/pemeriksaan seperti yang tercantum pada lampiran 16.

Langkah berikutnya adalah melihat tingkat pemulihan tarif yang diusulkan sekaligus dengan membandingkan dengan tarif pesaing. Tabel berikut ini akan menampilkan simulasi kenaikan tarif biaya satuan dan CRRnya.

Tabel 4.19 Simulasi Kenaikan Tarif dan CRR di BP4 Tahun 2004

Dalam rupiah

NO	UNIT	TARIF SAAT INI	TARIF YANG DI-USULKAN	TARIF PESAING	BIAYA SATUAN	% CRR SAAT INI	% CRR YANG DI-USULKAN
1	Umum	5.000	6.000	7.000	20.988	23,82	28,59
2	Klinik TB	5.000	6.000	7.000	34.278	14,59	17,50
3	Klinik Non TB	7.500	11.250	15.000	48.068	15,60	23,40
4	Spesialis	21.833	19.500	34.250	38.117	57,28	51,16
5	Laboratorium	7.050	12.500	23.025	273.098	2,58	4,58
6	UGD	19.000	30.000	40.000	14.500.668	0,13	0,21
7	Radiologi	46.667	60.000	72.667	96.363	48,43	62,26
	RATA-RATA	16.007	20.750	28.420	2.144.511	23,20	26,81

Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004.

Biaya satuan = biaya tanpa gaji & tanpa investasi

Dari tabel diatas terlihat bahwa rata-rata tarif sekarang terlalu rendah sehingga subsidi pemerintah terlalu besar. Manajemen perlu memikirkan kenaikan tarif yang masih terjangkau/bersaing dibanding pelayanan sejenis lainnya. CRR dengan tarif yang diusulkan (kenaikan sekitar 50%) unit radiologi yang sebesar 62,26% dan unit spesialis sebesar 51,16% merupakan kekuatan BP4 untuk mensubsidi unit lain seperti UGD (0,21%).

CRR unit yang kurang dari 50% merupakan beban BP4 dalam era otonomi ini. Klinik umum dan klinik non TB yang CRR masih berturut-turut 28,59% dan 23,40% masih bisa dioptimalkan dan ditingkatkan pelayanannya. Unit klinik spesialis memiliki nilai strategis mengingat tarif yang diusulkan masih kompetitif dibanding pesaing. Meskipun demikian,

untuk menyusun tarif baru perlu dipertimbangkan juga jumlah kunjungan selain biaya satuannya.

Tabel. 4.20 Simulasi Kenaikan Tarif dan TR yang diusulkan

Dalam rupiah

UNIT	TARIF SAAT INI	KENAIKAN YANG DIUSULKAN	SAMA DNG TARIF PESAING	JML KUNJU - NGAN	TC	TR TARIF SAAT INI	TR USULAN
Umum	5.000	6.000	7.000	8.073	169.432.805	40.365.000	48.438.000
Klinik TB	5.000	6.000	7.000	11.743	402.528.673	58.715.000	70.458.000
Klinik Non TB	7.500	11.250	15.000	1.992	95.727.271	30.175.000	45.262.500
Spesialis	21.833	19.500	34.250	4.063	154.868.529	40.328.000	106.585.000
Laboratorium	7.050	12.500	23.025	1.240	338.628.309	77.837.000	145.793.000
UGD	19.000	30.000	40.000	6	81.203.741	555.000	1.120.000
Radiologi	46.667	60.000	72.667	3.373	325.063.730	303.725.000	404.950.000
RATA-RATA	16.007	20.750	28.420		1.567.453.058	551.700.000	822.606.500

Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004

TC : Total Cost = biaya total tanpa gaji dan tanpa investasi

TR : Total Revenue = nilai tarif x kunjungan

Tarif baru yang diusulkan adalah sekitar kenaikan 50% dengan mempertimbangkan jumlah kunjungan untuk melihat sekilas kemampuan dan kemauan masyarakat untuk membeli pelayanan. Walaupun masih jauh selisihnya dibanding dengan biaya total (52,48%), usulan tarif baru ini dapat diberlakukan pada tahap pertama sebelum dilakukan kajian berikutnya. Tabel diatas adalah nilai rata-rata, informasi rinci dan lebih lengkap dapat dilihat pada lampiran 16.

K. Analisis Titik impas

Untuk menjalankan usaha yang sehat, sebelum keuntungan didapatkan, para pelaku ekonomi harus memikirkan titik impas (*Break Even Point*, BEP). Ricky menyatakan bahwa titik impas ini bisa tercapai bila TR (*Total Revenue*) yang merupakan perkalian tarif dengan jumlah kunjungan, sama dengan TC (*Total Cost*, Biaya total).⁽²⁵⁾ Pada studi di BP4 Semarang, setelah disusun kenaikan tarif, berapa jumlah kunjungan yang harus tingkatkan agar mencapai titik impas, karena peningkatan tarif tanpa memperhitungkan jumlah kunjungan dapat sangat memberatkan masyarakat pengguna jasa BP4. Berikut ini adalah tabel kemungkinan tarif baru agar tercapai titik impas.

Tabel 4.21 Kemungkinan Tarif Baru Agar Tercapai Titik Impas di BP4

Dalam rupiah

UNIT	TARIF SAAT INI	JML KUNJUNGAN	TC	TARIF BARU	TR TARIF BARU	TR - TC	KENAIKAN TARIF (KALI)
Umum	5.000	8.073	169.432.805	20.988	169.432.805	0	4,20
Klinik TB	5.000	11.743	402.528.673	34.278	402.528.673	0	6,86
Klinik Non TB	7.500	1.992	95.727.271	48.068	95.727.271	0	6,41
Spesialis	21.833	4.063	154.868.529	38.117	154.868.529	0	1,75
Laboratorium	7.050	1.240	338.628.309	273.098	338.628.309	0	38,74
UGD	19.000	6	81.203.741	14.500.668	81.203.741	0	763,19
Radiologi	46.667	3.373	325.063.730	96.363	325.063.730	0	2,06
RATA-RATA	16.007	4.356	1.567.453.058	2.144.511	1.567.453.058	0	118

Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004

Tabel diatas menggambarkan bahwa titik impas akan tercapai bila TR-TC sama dengan 0. Secara total titik impas di BP4 akan tercapai bila tarif

dinaikan 5.880%. Kenaikan yang luar biasa terjadi pada unit UGD dari Rp. 19.000 menjadi Rp. 14.500.668, sesuatu yang hampir muskil untuk diterapkan. Kalau tarif ini diberlakukan maka kemungkinan besar pengunjung akan lari untuk berpindah ke unit pelayanan lain.

Cara lain pencapaian titik impas adalah meningkatkan jumlah kunjungan sehingga $TR-TC = 0$. Cara ini jauh lebih susah karena memerlukan banyak pembenahan manajerial yang membutuhkan waktu yang cukup lama, tapi secara jangka panjang lebih efektif dan efisien. Berikut ini tabel kemungkinan jumlah kunjungan untuk mencapai titik impas.

Tabel 4.22 Kemungkinan Jumlah Kunjungan yang Baru Agar Tercapai Titik Impas di BP4

Dalam rupiah

UNIT	TARIF SAAT INI	JML KUNJUNGAN	TC	JML KUNJUNGAN BARU	TR TARIF BARU	TR-TC	KENAIKAN KUNJUNGAN (KALI)
Umum	5.000	8.073	169.432.805	33.887	169.432.805	0	4,20
Klinik TB	5.000	11.743	402.528.673	80.506	402.528.673	0	6,86
Klinik Non TB	7.500	1.992	95.727.271	12.764	95.727.271	0	6,41
Spesialis	21.833	4.063	154.868.529	7.093	154.868.529	0	1,75
Laboratorium	7.050	1.240	338.628.309	48.032	338.628.309	0	38,74
UGD	19.000	6	81.203.741	4.274	81.203.741	0	763,19
Radiologi	46.667	3.373	325.063.730	6.966	325.063.730	0	2,06
RATA-RATA	16.007	4.356	1.567.453.058	27.646	1.567.453.058	0	118

Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004

Titik impas akan tercapai bila tarif dan jumlah kunjungan klinik umum dinaikkan 4,20 kalinya, klinik TB 6,86 kali, klinik non TB 6,41 kali, klinik spesialis 1,75 kali, laboratorium 38,74 kali, UGD 763,19 kali dan radiologi 2,06 kalinya. Perhatian khusus harus ditujukan pada unit UGD mengingat angka kunjungannya yang sangat kecil (hanya rata-rata 6 selama tahun 2004), angka di unit inilah yang menjadi penyebab utama tingginya kenaikan tarif dan jumlah kunjungan baru agar tercapai titik impas.

Alternatif lainnya adalah meningkatkan tarif dengan usulan sekitar 50% sekaligus meningkatkan jumlah kunjungan untuk mencapai titik impas. Tabel dibawah ini menggambarkan berapa peningkatan jumlah kunjungan yang diperlukan.

**Tabel 4.23 Kemungkinan Jumlah Kunjungan Dengan Tarif yang
Diusulkan Untuk Mencapai Titik Impas di BP4**

UNIT	TARIF YANG DIUSULKAN	JML KUNJU- NGAN	TC	JML KUNJU- NGAN BARU	TR TARIF BARU	TR- TC	KENAIKAN KUNJU- NGAN (KALI)
Umum	6.000	8.073	169.432.805	28.239	169.432.805	0	3,50
Klinik TB	6.000	11.743	402.528.673	67.088	402.528.673	0	5,71
Klinik Non TB	11.250	1.992	95.727.271	8.509	95.727.271	0	4,27
Spesialis	19.500	4.063	154.868.529	7.942	154.868.529	0	1,95
Laboratorium	12.500	1.240	338.628.309	27.090	338.628.309	0	21,85
UGD	30.000	6	81.203.741	2.707	81.203.741	0	483,36
Radiologi	60.000	3.373	325.063.730	5.418	325.063.730	0	1,61
RATA-RATA	20.750	4.356	1.567.453.058	20.999	1.567.453.058	0	75

Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004

Tabel diatas menunjukkan bahwa dengan tarif baru, untuk mencapai titik impas diperlukan peningkatan jumlah kunjungan sebesar 3730% atau 75 kalinya. Dengan peningkatan tersebut, masih ada beberapa unit pelayanan yang memerlukan peningkatan jumlah kunjungan yang luar biasa yaitu: UGD (483,36 kalinya), laboratorium (21,85 kali), klinik non TB (4,27 kali) dan Klinik umum (3,50 kali). Pilihan lain adalah melihat titik impas secara total tidak per unit pelayanan mengingat mekanisme subsidi silang antar unit. Kemungkinan subsidi silang dapat diperhatikan pada tabel dibawah ini:

Tabel 4.24 Kemungkinan Jumlah Kunjungan dengan Tarif yang Diusulkan Untuk Mendapatkan Keuntungan Secara Total di BP4

Dalam rupiah

UNIT	TARIF BARU A	JML KUN-JUNGAN SAAT INI	TC	JML KUN-JUNGAN BARU	TR KUNJUNGAN BARU	TR-TC	KENAIKAN KUN-JUNGAN (KALI)
Umum	6,000	8,073	179,858,845	16,000	96,000,000	-83,858,845	1.98
Klinik TB	6,000	11,743	235,575,443	23,351	140,106,000	-95,469,443	1.99
Klinik Non TB	11,250	1,992	100,815,291	8,000	90,000,000	-10,815,291	4.02
Spesialis	12,667	4,063	159,956,549	17,000	215,339,000	55,382,451	4.18
Laboratorium	12,500	1,240	343,716,329	6,988	87,350,000	-256,366,329	5.64
UGD	40,000	6	88,960,771	6	240,000	-88,720,771	1.00
Radiologi	60,000	3,373	330,151,750	13,500	810,000,000	479,848,250	4.00
RATA-RATA/ TOTAL	18,552	30,489	1,439,034,978	121,958	1,643,559,084	22	3.26

Sumber: Pengolahan data primer BP4, 2004

Dari tabel diatas terlihat bahwa rata-rata hanya perlu meningkatkan jumlah kunjungan sebesar 3,26 kali kunjungan saat ini. Dibandingkan dengan peningkatan rata-rata 75 kali, cara yang terakhir ini jauh lebih mudah. Unit-

unit yang kompetitif dan sangat mungkin dikembangkan seperti radiologi, laboratorium dan spesialis, dipacu meningkatkan kunjungan sebanyak-banyaknya. Dalam hal ini, peningkatan kunjungan radiologi 4 kali, laboratorium 5,64 kali, klinik non TB 4,02 dan spesialis 4,18 cukup signifikan meningkatkan pendapatan. Sedangkan unit-unit yang susah untuk ditingkatkan tidak dapat dipaksa meningkat contohnya klinik umum dan klinik TB cukup peningkatan sekitar 2 kalinya, bahkan kunjungan UGD tidak naikpun BP4 masih mendapatkan laba Rp. 22.

Hasil Wawancara Mendalam

Kepala BP4 Semarang

Kepala BP4 Semarang mengemukakan bahwa pimpinan terdahulu sudah membuat Rencana Strategis (Renstra) BP4 tapi belum disosialisasikan. Sekarang BP4 sudah menyusun renstra untuk tahun 2005 – 2010 yang akan dijabarkan melalui rencana operasional (dimulai tahun 2006). Rencana Strategis ini dibuat oleh suatu tim yang diketuai oleh Kepala BP4. Tim terdiri dari pejabat struktural ditambah beberapa dari pejabat fungsional. Masing-masing seksi dan kepala tata usaha membuat rencana kegiatan tahunan.

Dalam upaya meningkatkan dan menjamin mutu pelayanan, BP4 sebenarnya sudah mempunyai tim mutu yang anggotanya terdiri dari para kepala seksi dan pejabat fungsional, namun tim ini masih belum dapat menunjukkan langkah-langkah konkret dalam menjamin mutu pelayanan yang diberikan. Pada tahun 2004, BP4 juga telah menyusun visi, misi dan *Standar Operating Procedure* (SOP) yang memuat langkah-langkah

ke arah perbaikan, tetapi semuanya memerlukan komitmen bersama agar dapat terealisasi sesuai harapan.

Pelayanan yang diberikan di BP4 sampai saat ini belum berpedoman kepada Standar Pelayanan Minimal (SPM) karena belum adanya persamaan persepsi antar BP4 se Jawa Tengah. SPM yang ada saat ini masih yang berupa Pedoman Pelayanan BP4 dari Departemen Kesehatan, yaitu sebelum berlakunya era otonomi daerah. Setelah era otonomi daerah, SPM yang dilaksanakan oleh BP4 baru pada tahap draft dan masih belum disahkan oleh Dinas Kesehatan Propinsi.

BP4 Semarang mempunyai rencana untuk mengembangkan jenis, kuantitas dan kualitas pelayanannya ke arah Rumah Sakit Paru, namun rencana itu terbentur pada masalah Sumber Daya Manusia (SDM) yang tentunya memerlukan jenis, kualitas dan kuantitas SDM yang lebih lengkap. Karena itu, akhirnya diputuskan untuk melakukan pengembangan pelayanan yang lebih luas, yaitu dengan dibentuknya klinik rehabilitasi paru, klinik *Voluntary Conselling and Testing* (VCT) HIV-TB, Klinik Gizi dan *One Day Care*. Sedangkan untuk Klinik VCT – TB belum ada rencana pengembangan kepada *Care Support Treatment* (CST), karena untuk CST sudah ada jejaring (*networking*) ke RS Kariadi. Dalam visinya ke depan, BP4 Semarang mengarah untuk menjadi *respiratory center* di Jawa Tengah.

Rencana untuk menjadikan BP4 sebagai unit swadana, baru sebatas ide, yang belum diwujudkan dalam sebuah rencana yang lebih detail. Selain itu, BP4 juga mempunyai rencana untuk mendirikan pelayanan sore, namun hal ini masih perlu mendapat dukungan legalitas

dari Pemda dan Dinas Kesehatan Propinsi. Proses birokratis yang cukup panjang masih perlu ditempuh untuk terwujudnya unit swadana ini.

Hasil analisis biaya ini, selanjutnya akan dipakai sebagai masukan untuk penyusunan pola tarif pada tahun 2006. Namun untuk penetapan pola tarif yang sesuai, terlebih dahulu akan dilakukan survey kepada pesaing – pesaing sebagai bahan pembanding. Disamping itu, tingkat kemampuan masyarakat untuk membayar pelayanan yang diberikan juga akan menjadi salah satu faktor yang perlu dipertimbangkan.

Upaya peningkatan motivasi pegawai melalui *system reward and punishment* belum dapat dilaksanakan secara penuh, karena belum adanya sistem penilaian kinerja pegawai. Pemberian motivasi yang selama ini diberikan baru berupa pemberian jasa medis, serta mengikut sertakan pegawai yang berpotensi untuk mengikuti pelatihan-pelatihan dan seminar-seminar. Untuk menjaga kualitas pegawai dan dalam rangka menuju kearah *learning organisation*, sebulan sekali dilakukan rapat evaluasi yang diikuti oleh seluruh staf. Materi yang disampaikan dalam rapat berupa hasil evaluasi kegiatan rutin yang telah dilaksanakan selama sebulan. Selain itu, juga dilaksanakan rapat seminggu sekali, yang diikuti oleh pejabat struktural. Upaya peningkatan mutu melalui kegiatan studi banding juga sudah dilakukan. Antara lain, BP4 telah mengadakan *bench marking* ke BP4 Surabaya yang telah dikembangkan menjadi RS. Paru, melakukan studi banding ke Kabupaten Purworejo untuk melihat sistem penilaian kinerja, serta studi banding ke Depok dan Sleman untuk mempelajari penerapan ISO 9001.

Dalam rangka mempromosikan pelayanan kepada masyarakat, BP4 sudah mempunyai tim yang berada di bawah Seksi Promosi yang bertugas memasarkan pelayanan, keunggulan dan daya saing. Dalam menjawab persaingan yang semakin tajam di masa mendatang serta untuk lebih meningkatkan pendapatannya, maka BP4 tengah membidik masyarakat menengah ke atas, walaupun prioritas utamanya tetap pada masyarakat menengah ke bawah. Hasil analisis biaya ini nantinya diharapkan menjadi salah satu alasan untuk akselerasi promosi BP4 kepada masyarakat. Sebagai salah satu sarana untuk lebih memasarkan pelayanan yang diberikan, saat ini telah dibuat *Company profile* dari BP4 Semarang.

Secara internal, BP4 telah melakukan banyak upaya peningkatan kualitas, diantaranya melalui pengembangan sistem Informasi yang rencananya akan mulai dilaksanakan pada tahun 2005 yaitu dengan menggunakan sistem LAN (*Local Area Network*). Sistem rekam medik juga sudah diperbaiki dengan bantuan sistem aplikasi komputer.

2. Kepala Sub Bagian Tata Usaha BP4

Dalam kegiatan perencanaan, bagian tata usaha ikut terlibat dalam penyusunan anggaran yang didasarkan pada rencana kegiatan tahunan. Penyusunan anggaran berpedoman pada harga satuan biaya dari pemerintah provinsi. Pada awal tahun, disusun rencana kerja tahunan yang sudah dilengkapi dengan penanggung jawab kegiatan serta jadwal kegiatan. Pada akhir tahun, akan dilakukan evaluasi atas semua kegiatan yang telah dilakukan. Kegiatan monitoring dilakukan setiap minggu

bersama-sama dengan kepala BP4 dan kepala seksi, sedangkan monitoring bulanan dilakukan dengan melibatkan seluruh pegawai.

Mata anggaran yang dikelola Tata Usaha adalah Anggaran Aparatur, yang terdiri dari Belanja Pegawai, Belanja Barang dan Jasa, Belanja Pemeliharaan dan Belanja Modal. Ada perbedaan dalam alokasi anggaran sewaktu menjadi UPT pusat dengan saat ini setelah menjadi UPT Propinsi. Perbedaannya adalah ketika menjadi UPT Pusat alokasi anggaran yang diberikan sangat kecil namun mekanisme pencairan anggaran lebih mudah. Tapi setelah menjadi UPT propinsi mekanisme pencairan anggaran lebih rumit karena menjadi satu dengan Dinas Kesehatan Propinsi. SPJ yang kembali untuk UYHD minimal 80 %. Jika Dinas Kesehatan Propinsi atau UPT lain SPJ belum mencapai 80 % maka BP4 harus menunggu.

Alokasi dana untuk kegiatan pelayanan kesehatan di BP4 setelah menjadi UPT propinsi setiap tahunnya mengalami kenaikan dan jumlahnya cukup besar dibandingkan sewaktu menjadi UPT Pusat. Kenaikan anggaran ini dilandasi keinginan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat. Pada sisi lain, perubahan dengan tarif yang baru juga dimaksudkan untuk meningkatkan kemandirian UPT pemerintah. Dengan tarif yang berlaku sekarang ini pada tahun 2004 BP4 dapat mencapai target yang ditetapkan.

3. Kepala Seksi Perencanaan dan Pembangunan Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah

Sesuai dengan tupoksinya, Dinas Kesehatan Propinsi, melaksanakan fungsi koordinasi kepada UPT-UPT dalam hal kebijakan program, dimana BP4 melaksanakan apa yang sudah digariskan. Pembinaan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan diantaranya adalah pembinaan teknis dan pembinaan kepegawaian dalam rangka pelaksanaan kebijakan.

Dinas Kesehatan juga melaksanakan koordinasi penganggaran di BP4 setelah mengkaji usulan dari BP4 untuk disesuaikan dengan kemampuan pemerintah propinsi serta kesesuaian dengan UPT lain. Cara penyusunan anggaran dimulai dari proses perencanaan yang disusun bersama-sama dengan UPT lain untuk kemudian direkap dalam dokumen Perencanaan Penganggaran Kesehatan Terpadu (P2KT). Selama ini, masih terdapat kendala dalam realisasi perencanaan penganggaran BP4, karena banyaknya kebutuhan yang harus dianggarkan sedangkan dana yang tersedia sangat terbatas.

Tentang rencana untuk menjadikan BP4 sebagai unit swadana, sampai saat ini pihak Dinas Kesehatan Propinsi masih belum mewujudkannya dalam rencana yang detail, disebabkan BP4 masih bersifat melayani masyarakat (*pubic good*), serta *non profit motif*. Upaya untuk mewujudkan BP4 sebagai unit swadana, harus dimulai dari pihak BP4 sendiri mengingat terbatasnya jumlah tenaga di Dinas Kesehatan.

Kebijakan Dinas Kesehatan dalam pengadaan sarana dan peralatan di BP4 berdasarkan pada prioritas kebutuhan dan usulan dari BP4 sendiri. Usulan sarana yang berupa pembangunan gedung akan diteruskan ke Departemen Kesehatan untuk mendapatkan anggaran yang bersumber

dari APBN, demikian juga dengan pengadaan peralatan yang harganya relatif mahal.

4. Bagian Keuangan Pemerintah Propinsi Jawa Tengah

Pemerintah propinsi mengharapkan agar BP4 menjadi unit pelayanan kesehatan yang selalu mengutamakan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Karena BP4 merupakan unit *public good*, dimana sudah menjadi tanggung jawab pemerintah untuk melayani masyarakat dalam hal penyakit paru (penyakit tuberkulosis) terutama dengan mengingat masih minimnya peran swasta dalam upaya ini, karena sebagian besar penderita penyakit ini adalah masyarakat golongan ekonomi menengah kebawah.

Mengenai rencana menjadikan BP4 sebagai unit swadana, pemerintah propinsi akan mendukung rencana itu, sejauh hal itu tidak bertentangan dengan visi Propinsi Jawa Tengah (menuju kemadirian Jawa Tengah). Setiap upaya yang bertujuan kearah efektifitas dan efisiensi unit pemerintah, akan sangat berarti untuk mewujudkan visi *good governance* yang selama ini didengung-dengungkan pemerintah.

Selanjutnya, pemerintah daerah, yang dalam hal ini Bagian Keuangan Daerah, menjelaskan bahwa penetapan tarif baru disusun dan dibahas bersama-sama oleh masing-masing Unit Pelaksana Teknis bersama dengan Dinas Pendapatan Daerah, Biro Hukum Pemda dan DPRD. Pembahasan bersama mengenai retribusi dan tarif, diawali

dengan presentasi dari masing-masing UPT, setelah itu baru bisa dirumuskan tarif baru yang akan ditetapkan.

BAB V

PEMBAHASAN

A. Penggunaan Metode *Real Cost* dalam Analisis Biaya di BP4

Analisis biaya yang dilakukan di BP4 menggunakan metode *real cost* dengan alasan bahwa unit/instalasi serta jasa yang diberikan di BP4 sangat beragam, yaitu ada 7 unit produksi sebagai *revenue center*, 1 unit penunjang dan 1 unit luar gedung sebagai *cost center*. Di setiap unit produksi juga terdiri dari beberapa jenis pelayanan sebagai contoh di unit laboratorium ada 20 jenis pemeriksaan (data lengkap dapat dilihat di lampiran 13 B). Selain itu, BP4 belum mempunyai sistem akuntansi biaya yang memadai, sebagai syarat untuk melakukan analisis biaya dengan metode *Activity Based Costing* (ABC).

Menurut R. Ricky ATS, metode *real cost* ini adalah salah satu metode alternatif yang ditawarkan sehubungan metode-metode yang lain mempunyai kelemahan dan karena keberadaan sistem akuntansi biaya yang tidak memadai sehingga metode *Activity Based Costing* (ABC) tidak dapat diterapkan. Namun demikian metode ini mengacu pada sistem ABC dengan berbagai perubahan karena adanya kendala sistem. Karena itu dengan menggunakan metode ini penggunaan asumsi-asumsi diperkecil atau dibatasi ⁽³⁶⁾.

Metode *real cost* ini mempunyai keunggulan-keunggulan antara lain:

1. Memberikan informasi tentang harga pokok (unit cost) untuk setiap produk/jasa
2. Memberikan informasi biaya untuk tujuan pencapaian efisiensi di BP4
3. Memberikan informasi biaya untuk tujuan pengendalian biaya (berhubungan dengan anggaran)
4. Memberikan informasi bagi manajemen untuk pengambilan keputusan khusus
5. Memberikan informasi mengenai kesiapan sistem akuntansi biaya.

Adapun kelemahan dari metode *real cost* ini adalah :

1. Kesulitan dalam menganalisis biaya karena instalasi/unit serta produk yang beragam.
2. Kesulitan dalam menentukan dasar alokasi biaya tidak langsung ke unit-unit produksi.

B. Analisis Biaya Total

Dengan analisis biaya terlihat bahwa biaya langsung merupakan komponen terbesar biaya BP4 (78,23%). Hampir setengahnya dipakai untuk membayar gaji dan kesejahteraan pegawai (47,10%). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Siti Goenarti di BKMM maupun oleh Syahriani di Balai Laboratorium Kesehatan menyebutkan bahwa komponen biaya gaji maupun kesejahteraan pegawai merupakan komponen yang terbesar dari biaya total.^(10,13) Hal ini menunjukkan subsidi besar pemerintah pada Unit Pelayanan

Teknis (UPT) Pemerintah Daerah, oleh karena itu komponen gaji baik pada penelitian ini maupun kedua penelitian tadi tidak dimasukkan dalam perhitungan tarif baru yang diusulkan, sekaligus menjelaskan mengapa tarif pada unit pelayanan pemerintah relatif lebih murah daripada swasta.

Distribusi biaya per unit pelayanan (lampiran 15) menggambarkan bahwa tidak semua unit dengan biaya besar akan menghasilkan pemasukan yang besar. Unit radiologi adalah penghasil pendapatan BP4 yang terbesar (Rp. 303.725.000) yang merupakan lebih dari separo pendapatan BP4 adalah memerlukan biaya terbesar nomor tiga dibawah unit klinik TB dan Laboratorium. Sebaliknya unit luar gedung yang memerlukan biaya terbesar kelima (Rp. 369.011.309) tidak menghasilkan serupiahpun.

Biaya luar gedung juga tidak akan diperhitungkan mengingat unit ini tidak menghasilkan pendapatan dan lebih bersifat *public good* serta semata-mata melaksanakan fungsi pelayanan dalam peningkatan kesehatan paru masyarakat sesuai dengan misi BP4. Hal ini sesuai dengan harapan pihak Dinas Kesehatan Propinsi dan bagian keuangan Pemerintah Propinsi. Pendapat senada juga disampaikan oleh Gani bahwa pelayanan kesehatan yang mempengaruhi masyarakat luas seharusnya menjadi tanggung jawab dan dikendalikan oleh pemerintah.⁽⁹⁾

Diskusi mengenai *public dan private good* adalah persoalan klasik. Apakah produk BP4 bersifat publik atau private? Perlukah BP4 melakukan *cost benefit analysis* kalau produknya adalah public good? Thabrany menyatakan bahwa terdapat pemahaman yang salah atau sebuah kebijakan yang tersesat bila organisasi kesehatan (termasuk BP4) harus menghasilkan keuntungan. Thabrany mengatakan bahwa di banyak negara, pelayanan

kesehatan dibiayai oleh pemerintah dengan 3 alasan yaitu : externalitas, investasi yang mahal dan merugikan serta aspek kemanusiaan.

Lebih lanjut , Thabrany menyatakan bahwa aplikasi UUD 1945 pasal 34 tentang tugas negara mensejahterakan masyarakat salah satunya adalah memberi subsidi berupa tanah, gedung, gaji dan lainnya. Keuntungan pemerintah bukan laba uang dari kantor tersebut tetapi rakyat yang sehat, tidak menularkan penyakit, produktif untuk kemudian dapat membayar pajak penghasilan.⁽³²⁾

Sejalan dengan pemikiran diatas, masyarakat yang produktif akan memicu dan memacu perkembangan dan pertumbuhan ekonomi yang pada gilirannya akan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sebagai respon terhadap meningkatnya tuntutan masyarakat. Sebaliknya, masyarakat yang status kesehatannya rendah akan tidak produktif yang menyebabkan *inequity in health* dan akan berdampak pada pertumbuhan ekonomi yang lambat.⁽³³⁾

Meskipun demikian, bukan berarti organisasi pelayanan kesehatan tidak berusaha memperbaiki kinerja dimana salah satunya adalah memperbaiki efisiensi dan efektifitas organisasi. Sebagaimana dengan harapan dari pemerintah propinsi, pemerintah sekarang sedang menggalakkan *reinventing government*, yaitu kebijakan reformasi dibidang pelayanan publik yang menuntut peningkatan efisiensi, efektifitas dan kapasitas inovasi organisasi mengingat keterbatasan pemerintah dalam menyediakan/ membiayai kegiatan publik.⁽³⁴⁾ Hal senada juga disampaikan oleh Berman yang menyatakan bahwa reformasi bidang kesehatan adalah proses peningkatan kinerja yang menjamin efisiensi dan respon terhadap perkembangan masa depan termasuk efektifitas dan sustainabilitas sektor kesehatan.⁽³⁵⁾

Mengenai pelayanan luar gedung, meskipun tidak berkontribusi terhadap penghasilan BP4, unit ini perlu terus dijalankan dengan efisiensi pengelolaannya.

C. Tarif yang Diusulkan

Usulan kenaikan tarif adalah sekitar 50% dengan alasan bahwa tarif harus tetap kompetitif dibanding swasta (lebih murah) dan cukup tinggi sehingga tidak memberatkan anggaran. Kalau program peningkatan mutu sebagaimana harapan dan rencana kepala BP4 dalam wawancara – bisa berjalan dengan baik maka kompetisi dengan pesaing tidak hanya melalui `perang tarif` melainkan juga melalui `perang kualitas pelayanan`.

Kenaikan sekitar 50% ini sesuai dengan apa yang disampaikan oleh Ricky bahwa dalam penetapan harga yang baru, harus dipertimbangkan faktor-faktor sebagai berikut ⁽³⁶⁾:

1. Sebagian pelanggan menginginkan harga yang relatif rendah dengan mutu yang sesuai.
2. Beberapa pelanggan yang lain mau membayar lebih demi kualitas pelayanan yang tinggi
3. BP4 merupakan institusi pemerintah yang harus mempertimbangkan keterjangkauan masyarakat golongan bawah
4. Perhitungkan harga pesaing untuk pelayanan sejenis.

Menurut Feldstein dan Mills kenaikan tarif akan berakibat turunnya pembelian yang akan diikuti dengan peningkatan *demand*, sebagaimana ditunjukkan dengan kurve klasik: *demand, supply and the price system*.

Namun demikian, karena pelayanan di BP4 bersifat *demand* yang relatif inelastik, mengingat sangat perlunya jasa ini bagi mereka yang sangat memerlukan, maka perubahan/peningkatan harga tidak akan banyak berpengaruh pada penurunan tajam jumlah kunjungan.⁽³⁷⁾

Upaya untuk mencapai titik impas dengan cara meningkatkan tarif atau jumlah kunjungan saja sangat tidak mungkin diterapkan, karena harus meningkatkan 118 kali tarif/jumlah kunjungan lama. Meningkatkan tarif sekaligus disertai jumlah kunjungan (75 kalinya) juga sangat berat. Alternatif yang bisa dipakai adalah metode subsidi silang dimana unit produksi yang berpotensi sebagai penghasil besar akan membantu unit lainnya. Caranya adalah total TR-TC minimal harus 0 tetapi TR-TC masing-masing unit tidak harus 0, melainkan unit tertentu boleh merugi tetapi unit potensial harus didorong berproduksi maksimal agar bisa menutup kerugian unit lain. Dengan metode ini secara rata-rata jumlah kunjungan hanya perlu dinaikkan 3,26 kali dengan variasi antara 1 sampai 5,64 kali.

Dengan metode subsidi ini, meskipun sebagian besar unit pelayanan merugi (klinik umum: Rp. 83.858.845; klinik TB: Rp. 95.469.443; klinik non TB: Rp. 10.815.291; Laboratorium: Rp. 256.366.329 serta UGD: Rp. 88.720.771) dengan keuntungan dari klinik spesialis: Rp. 55.382.451 dan Radiologi:Rp. 479.848.250, ternyata sudah bisa menutup kerugian bahkan dapat menghasilkan keuntungan secara total sebanyak Rp. 22.

Kerugian yang muncul sebenarnya dapat ditangani oleh BP4, dengan tidak terlalu bergantung pada subsidi, yaitu dengan upaya pembenahan pembiayaan (*cost containment*) misalnya dengan mengganti alat-alat yang

memerlukan biaya operasional tinggi dengan alat-alat baru yang lebih efisien seperti alat-alat rontgen yang sudah usang dengan yang baru. Upaya *cost containment* ini juga disarankan oleh Amal C. Sjaaf yang mengatakan bahwa untuk menghindari terjadinya *diseconomies of scale* akibat pengadaan dan pemanfaatan teknologi kesehatan canggih perlu dilakukan upaya *cost containment* secara berkala dengan penekanan pada efisiensi komponen biaya tetap.⁽⁴⁰⁾

Unit radiologi, klinik spesialis dan unit laboratorium adalah unit yang potensial untuk dipacu dengan berbagai upaya peningkatan kualitas pelayanan. Sebaliknya unit yang kurang kompetitif dan kurang penting (misalnya UGD) karena letaknya yang berdekatan dengan RS umum besar harus dikaji ulang keberadaannya. Gani mengatakan bahwa dua upaya perlu dilakukan yaitu dengan⁽⁴¹⁾:

1. *Minimizing the cost*, dengan efisiensi
2. *Maximizing revenue*, dengan menjual produk/jasa yang `tidak murah` seperti radiologi, medical check up, laboratorium dan lainnya.

Untuk meningkatkan kunjungan unit laboratorium, radiologi dan klinik spesialis, manajemen perlu menjalin kerjasama dengan instansi/kantor pemerintah serta perusahaan swasta (pabrik-pabrik). BP4 memiliki kelebihan dalam membina kerjasama dengan instansi pemerintah mengingat bahwa keduanya sama-sama kantor pemerintah yang sedikit banyak sudah saling mengenal dan dengan dukungan dari Dinas Kesehatan Propinsi/Pemerintah Propinsi akan sangat membantu BP4. Dengan dukungan peralatan dan sumber daya manusia yang cukup memadai, BP4 memiliki daya saing yang cukup pada ketiga unit tersebut (laboratorium, radiologi dan klinik spesialis).

Hal ini ditunjang pula dengan lokasi kantor yang sangat strategis untuk memudahkan transportasi pemeriksaan.

Seluruh jajaran BP4 seharusnya memiliki visi dan komitmen yang sama tentang pentingnya akselerasi peningkatan jumlah kunjungan. Para pejabat struktural perlu memulai upaya-upaya dengan sosialisasi perlunya visi tersebut. Seluruh tenaga fungsional maupun staf perlu sadar bahwa peningkatan jumlah kunjungan akan meningkatkan kesejahteraan mereka melalui peningkatan jasa medis.

Dengan demikian, peningkatan mutu pelayanan merupakan keharusan yang segera dilakukan oleh pihak manajemen BP4, seperti apa yang disampaikan oleh Gani bahwa peningkatan dan menjaga mutu tetap bagus merupakan strategi utama dalam persaingan ⁽³⁸⁾. Pihak BP4 sudah melakukan banyak upaya peningkatan kualitas pelayanan yang dalam pelaksanaannya masih memerlukan komitmen dan stamina yang tinggi.

Manajemen BP4 perlu memikirkan adanya komisi peningkatan mutu melalui program GKM (Gugus Kendali Mutu) ataupun QA (Quality Assurance) yang bertugas mengkaji dan memberi masukan kepada Kepala BP4 tentang peningkatan analisis biaya, kualitas pelayanan, efisiensi dan efektifitas kantor. Komisi bisa merupakan tim fungsional/ ad hoc yang lebih fleksibel dan mudah dibuat⁽³⁹⁾. Upaya-upaya kearah itu sudah dilakukan oleh pihak manajemen BP4 (menurut hasil wawancara dengan kepala BP4) dengan sudah dibentuknya tim mutu dan penyusunan SOP dan SPM.

Peningkatan kualitas pelayanan antara lain meliputi kesiapan petugas dan lama tunggu. Kesiapan petugas adalah adanya petugas pada waktu diperlukan. Petugas yang harus dicari dulu adalah simbol kelemahan

manajemen. Pasien yang harus menunggu terlalu lama untuk mendapatkan pelayanan akan mencari pelayanan lain yang lebih cepat.

Efisiensi yang perlu dilakukan untuk menekan biaya operasional misalnya bahan habis pakai (merupakan 21,84% dari biaya langsung), biaya perjalanan dinas (32% dari biaya tidak langsung) dan biaya kantor umum (29,59% dari biaya tidak langsung). Kalau pemahaman tentang perlunya efisiensi ini sudah disosialisasikan kepada seluruh jajaran BP4 maka secara bertahap dampak efisiensi ini akan terlihat dalam analisis biaya.

Ada sebuah dilema dalam hal efisiensi ini. Pada pelaksanaan penganggaran pada kantor-kantor pemerintah, ada asumsi yang beredar dilingkungan pemerintah bahwa sisa anggaran proyek merupakan bukti efisiensi sekaligus menunjukkan ketidakcermatan perencanaan yang bisa mengakibatkan konsekuensi 'ketidakmampuan suatu kantor menghabiskan anggaran'.

Yang perlu diperhatikan oleh pihak manajemen BP4 adalah mencapai titik *equilibrium* baru dari pasar dimana peningkatan tarif akan meningkatkan jumlah kunjungan sekaligus meningkatkan *demand* pelanggan dan memperbesar faktor *supply* dari pemberi jasa pelayanan (BP4). Pelayanan spesialis di BP4 sangat memungkinkan terjadinya apa yang disebut dengan *supply induce demand*, dimana pelanggan membeli jasa yang sebenarnya mungkin belum diperlukan. Dari hasil wawancara sekilas dengan pelanggan didapatkan bahwa pelayanan radiologi adalah salah satu daya tarik BP4, terlepas apakah pelayanan itu betul-betul diperlukan oleh pelanggan.

Analisis peningkatan tarif maupun jumlah kunjungan di BP4 sebaiknya tidak dilihat per unit pelayanan karena ada potensi komparatif dan kompetitif

masing-masing unit. Contohnya adalah unit spesialis, unit radiologi dan unit laboratorium adalah unit-unit yang memiliki nilai kompetitif dengan pesaing karena lokasi dan kualifikasi petugasnya yang tidak kalah dengan pesaing sejenis. Sebaliknya unit UGD adalah unit yang sulit untuk bersaing dengan pesaing.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Analisis biaya pada BP4 dibedakan menurut dua sistematika yaitu pertama : biaya investasi, operasional dan pemeliharaan; kedua adalah biaya langsung dan tidak langsung. Biaya investasi meliputi biaya gedung, penyusutan peralatan medis dan non medis, penyusutan kendaraan. Biaya operasional terdiri dari: biaya gaji, insentif dan jasa medis, biaya obat, biaya bahan medis dan non medis, biaya jasa kantor, biaya umum dan perjalanan dinas. Sedangkan biaya pemeliharaan meliputi pemeliharaan kendaraan, gedung, alat dan kendaraan. Adapun jenis biaya yang kedua yang termasuk biaya langsung adalah: gaji, insentif dan jasa medis, obat, bahan habis pakai, sewa gedung, penyusutan alat, dan kendaraan; sementara itu, biaya tidak langsung terdiri dari biaya jasa Kantor, umum, perjalanan dinas, pemeliharaan gedung, alat dan kendaraan.
2. Biaya total dari BP4 adalah sebesar Rp. 3.201.212.102 yang terdiri dari biaya langsung Rp. 2.504.249.202,- (78,23%) dan biaya tidak langsung Rp. 696.962.900,- (22,77%). Biaya asli adalah klinik TB (20,28%), diikuti berturut-turut unit laboratorium (16,96%), radiologi (15,32%), klinik umum (12,44%), luar gedung (11,53%), spesialis (9,55%), klinik non TB (7,68%) dan terkecil adalah UGD (6,24%).

3. Biaya langsung pada BP4 sebagian besar adalah gaji (47,10%), kemudian bahan habis pakai (21,84%), obat (12,96%) dan yang terkecil adalah penyusutan kendaraan (0,40%). Sedangkan biaya tidak langsung urutan terbesar adalah biaya perjalanan dinas (32,10%), diikuti biaya kantor umum (29,56%), biaya pemeliharaan gedung (9,25%), dan terendah adalah biaya pemeliharaan kendaraan (5,16%).
4. Biaya satuan BP4 tanpa gaji dan investasi sebesar Rp. 15.011.580. Biaya tersebut terdiri dari unit klinik umum adalah Rp. 20.988 masih jauh diatas bila dibandingkan dengan tarif Rp. 5.000 (CRR= 23,82%); klinik TB Rp. 34.278 (tarif Rp. 5.000, CRR 14,59%); klinik non TB Rp. 48.068 (tarif Rp. 7.500, CRR 16,60%); klinik spesialis Rp. 38.117 (tarif Rp. 21.833, CRR 57,28%); laboratorium Rp. 273.098 (tarif Rp. 7.050, CRR 2,58%); klinik UGD Rp. 14.500.668 (tarif Rp. 19.000, CRR 0,13%); radiologi Rp. 96.363 (tarif Rp. 46,667, CRR 48,43%).
5. Tarif baru yang diusulkan adalah kenaikan rata-rata sekitar 50% (CRR 26,81% rata-rata= Rp. 20.750), masih kompetitif dibanding tarif pesaing (rata-rata= Rp. 28.420), dengan kenaikan itu CRR klinik umum menjadi 28,59%; klinik TB 17,50%; klinik non TB 23,40%; klinik spesialis 51,16%; laboratorium 4,58%; UGD 0,21%; radiologi 62,26%.
6. Untuk mencapai titik impas, BP4 perlu meningkatkan tarif sebesar 5.880% atau dengan meningkatkan kunjungan sebesar 117 kalinya. Dengan pemberlakuan tarif baru yang diusulkan (kenaikan sekitar 50%), masih memerlukan peningkatan jumlah kunjungan sebesar 75 kalinya untuk mencapai titik impas.

B. Saran

1. Bagi Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru (BP4)

- a. Perlu dibentuk sebuah tim fungsional kajian lintas program yang dipimpin kepala BP4 untuk mengadakan monitoring dan evaluasi analisis biaya setiap tahunnya.
- b. Manajemen BP4 sebaiknya segera mengusulkan Perda Pemerintah Propinsi tentang pemberlakuan tarif baru dengan kenaikan 50 % dari tarif yang berlaku saat ini.
- c. Perlunya mengadakan efisiensi dalam penggunaan dana untuk mengoptimalkan kinerja organisasi.
- d. Pembenahan sistem pencatatan dan pelaporan data-data peralatan medis dan non medis serta sistem administrasi keuangan. dan peralatan terutama dengan melengkapi data-data peralatan medis dan non medis.
- e. Meningkatkan jejaring dan komunikasi baik dengan perusahaan-perusahaan swasta maupun dengan instansi pemerintah untuk mempromosikan unit laboratorium, klinik spesialis dan radiologi demi kepentingan general check up karyawan swasta dan instansi pemerintah.
- e. Diperlukan kerjasama dengan pihak perguruan tinggi untuk penelitian tentang beban kerja di BP4 untuk mengetahui kemungkinan pengembangan program efisiensi dan peningkatan efektifitas kinerja kantor.

2. Bagi Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Perlu dilakukan penelitian tentang Kemampuan Membayar (ATP) dan Kemauan Membayar (WTP) Pelayanan yang diberikan BP4 Semarang.

DAFTAR PUSTAKA

1. Departemen Kesehatan RI, *Indonesia Sehat 2010 (Visi Baru, Kebijakan dan Strategi Pembangunan Kesehatan)*, 1999
2. Gani, A., et al, *Analisis Biaya Rumah Sakit Kelas B di Indonesia*, FKM-UI, Jakarta, 1989
3. Gani, A., *Analisis biaya*, Makalah yang disajikan pada pelatihan pemutakhiran data biaya kesehatan, 1992.
4. Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis*, Cetakan ke-8, 2002
5. Bufla, Y., *Analisis pendapatan dan biaya serta kaitannya dengan subsidi silang rawat inap di RSUP Dr M. Djamil*, Padang, 1999.
6. Goenarti, S., *Analisis Biaya Pelayanan Kesehatan di Balai Kesehatan Mata Masyarakat Jawa Tengah*, Tesis Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Pasca Sarjana Universitas Diponegoro, 2002.
7. Sadiyanto, *Analisis Biaya Rawat Jalan, Operasi, dan Refraksi di Balai Pengobatan Mata "Kamandaka" Purwokerto Kabupaten Banyumas*, Tesis Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Pasca Sarjana Universitas Diponegoro, Semarang, 2002
8. Wahyu, H., *Analisis Tarif Pelayanan Kesehatan pada Balai Pengobatan Anak Puskesmas Selabatu, Dinas Kesehatan Kota Sukabumi*, Tesis Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Pasca Sarjana Universitas Indonesia, 2001.
9. Gani, A., *Seminar Kesiapan Sektor Kesehatan Menyongsong Otonomi Daerah*, Semarang, 2000
10. Hansen & Mowen, *Manajemen Biaya Akuntansi dan Pengendalian*, Penerbit Salemba Empat, Jakarta, 2000

11. Mulyadi, *Akuntansi Biaya*, Bagian Penerbitan Sekolah Tinggi Ilmu Ekonomi YKPN.Yogyakarta, 1993
12. Departemen Kesehatan RI, Modul-08, *Analisis Biaya dan Penetapan Tarif Puskesmas*, Biro Perencanaan Depkes RI, FKM-UI, 1997
13. Johnson, T. H., A, *Activity Based Information: A. Blue print for Word Class, Management Accounting*, Prentice-Hall International Editions, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1991
14. Mulyadi, *Akuntansi Manajemen*, Edisi 2, STIE YKPN, Yogyakarta, 1993.
15. Gani, A., *Analisis dan Kebijakan Tarif dalam Pelayanan Kesehatan*, Seminar Optimalisasi Investasi Perorangan dan Kelompok di Bidang Pelayanan Kesehatan, Gedung RNI, Jakarta, 21 Agustus 1993.
16. Gani, A. , *Hospital Management Refreshing Course and Exhibition 2001*, Program Magister Administrasi Rumah Sakit FKM UI, Jakarta 27-29 Agustus 2001
17. Mills, Anne, Smith, DI Tabibzadeh, I., (terjemahan Trisnantoro, L, Wilopi, SA) *Desentralisasi Sistem Kesehatan : Konsep-konsep Isu-isu dan pengalaman di berbagai Negara (Health System Desentralization; Concepsts, Issues and Country Experience)*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta, 1991
18. Feldstein, J. Paul, *Health Care Economics*, Second Edition, Toronto, A.Wiley Medical Publication John Wiley and Sons, 1983
19. Sutrisno, *Manajemen Keuangan, Teori, Konsep dan Aplikasi*, Edisi Pertama Ekonisia, 2000
20. Gani, A., *Kemandirian Upaya Kesehatan (Perspektif Ekonomi Kesehatan)*, makalah disampaikan pada Raker Binkesmas Depkes RI, Ciloto, 1994.

21. Thabrany, H, *Rumah Sakit BUMN/BUMD: Menjebak Diri?*, Jurnal MARSI, Vol.3. No. 2, Jakarta, 2002.
22. Frenk, J., *Comprehensive Policy Analysis for Health System Reform*, Mexico City, 1994
23. Permana, H., *Konsep Model Rumah Sakit Era Otonomi Pelayanan Kesehatan*, Jurnal MARSI, Vol.3. No. 3, Jakarta, 2002.
24. Berman, AP., *Health Sector Reform: Making Health Development Sustainable*, Havard University Press, Boston, 1995.
25. Ricky, R. ATS., *Konsep Biaya dan Analisis Biaya*, makalah dalam Workshop: pricing Strategy, Jakarta, 2005.
26. Mills A. and Gilson L., *Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit*, EPC, London, 1988.
27. Gani, A, *Rumah Sakit Sebagai Public Enterprise*, Makalah disampaikan dalam Musyawarah Asosiasi Rumah Sakit Daerah, Denpasar, 2002.
28. Junadi, P, *Meningkatkan Efisiensi Biaya Di Rumah Sakit*, Jurnal Administrasi Rumas Sakit, Vol.1, N0.4, Jakarta, 1994.
29. Balai Pencegahan dan Pengobatan Penyakit Paru Semarang, *Laporan Tahun 2004 dan Rencana Kegiatan Tahun 2005*, Semarang 2004
30. Departemen Kesehatan RI, *Modul I Penetapan Tarif Rumah Sakit*, 1992
31. Departemen Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial RI, *Pokok-pokok Pikiran Penerapan Desentralisasi Bidang Kesehatan*, 2001
32. Departemen Kesehatan RI, Modul-09, *Prinsip Analisis Biaya dan Perhitungan Kebutuhan Biaya Program*, Biro Perencanaan Depkes RI, FKM-UI, 1997
33. Departemen Kesehatan RI, *Pedoman Perhitungan Unit Cost pada sarana kesehatan Primer Dalam Penyelenggaraan Jaminan*

pemeliharaan Kesehatan, Direktorat JPKM Depkes RI, Jakarta, 2002.

34. Mulyadi, *Akuntansi Manajemen*, Edisi 2, STIE YKPN, Yogyakarta, 1995
35. Notoatmodjo, S., *Metodelogi Penelitian Kesehatan*, Edisi Revisi, PT. Rineka Cipta, Jakarta, 1992.
36. Pemerintah Republik Indonesia, *Peraturan Pemerintah RI Nomor 43 Tahun 2001*, Jakarta, 2001.
37. Raymond, T., *Pendekatan Real Cost dalam menghitung biaya per pelayanan di Rumah Sakit, Workshop Analisis Biaya Pelayanan Rumah Sakit untuk Perancangan Sistem Pembiayaan Rumah Sakit, pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, FK UGM, Yogyakarta, 2001.*
38. Triaswati, N., *Pelayanan Kesehatan Sebagai Jasa Publik*, Makalah disampaikan pada Semiloka Public Private Mix dalam Pelayanan Kesehatan, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta, 2001.
39. Gani, A., *Reformasi Pembangunan Kesehatan*, Makalah kuliah umum, pada FKM-UNDIP, Semarang, 2000