

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



Tesis

Untuk memenuhi persyaratan
mencapai derajat Sarjana S2

Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi
Administrasi Rumah Sakit

oleh
FARIDA WIDAYATI
NIM E. 4A.002013

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG
2005**

ABSTRAK

FARIDA WIDAYATI

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

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

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

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

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

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

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

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

Kepustakaan : 29 (tahun 1988-2005)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

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

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

Sistem pelayanan rumah sakit yang berjalan selama ini harus ditinjau kembali untuk mengantisipasi persaingan tingkat global. Rumah sakit tidak dapat dikelola secara sederhana, tetapi harus memenuhi kebutuhan masyarakat yang muncul akibat perubahan-perubahan pada era globalisasi ini. Oleh karena itu untuk dapat berkembang dalam lingkungan yang cepat ini, paradigma manajemen rumah sakit harus diubah menjadi efektif, efisien dan mempunyai kemampuan untuk mengakomodasi perubahan. Rumah sakit pada dasarnya adalah suatu institusi yang mempunyai tujuan sosial sehingga motif mencari untung bukan yang utama. Namun perkembangan

teknologi kedokteran dan perkembangan permintaan masyarakat mendorong pengelola rumah sakit menggunakan perhitungan-perhitungan ekonomi. Salah satunya adalah perhitungan 'revenue' yang diperlukan untuk investasi dan pengoperasian peralatan medis yang semakin canggih dan mahal, disamping untuk membiayai mutu pelayanan medis yang juga semakin tinggi. Sehingga ada dua motivasi, yaitu motivasi sosial dan motivasi ekonomis yang menjadi pertimbangan dalam analisis dan penentuan tarif rumah sakit.²

Ada 2 kebijakan yang membawa konsekuensi besar terhadap pembiayaan RSUD. Yang pertama adalah kebijakan desentralisasi atau otonomi daerah dan kedua adalah Keppres No. 40/2001 tentang status RSUD menjadi LPTD (Lembaga Pelaksana Teknis Daerah). Kebijakan pertama menyebabkan RSUD mendapat anggaran dari Pemda setempat dan tidak lagi dari berbagai sumber seperti era sebelumnya. Kebijakan kedua menempatkan RSUD sebagai "unit usaha" pelayanan umum milik Pemda, sehingga menjadi tidak jelas kedudukannya sebagai salah satu elemen dalam sistem pelayanan daerah. Sudah banyak usaha untuk memberikan otonomi yang lebih besar kepada rumah sakit milik pemerintah agar dapat lebih leluasa dalam menangkap peluang pasar serta mengelola sumber daya yang pada gilirannya akan membuat rumah sakit lebih mampu meningkatkan mutu dan cakupan pelayanannya, mulai dari kebijakan Unit Swadana Tahun 1992, PP tentang rumah sakit sebagai PNBK Tahun 1997, PP rumah sakit sebagai Perjan Tahun 2000 dan Keppres. No. 40/2001. Apapun bentuk atau status yang akan dikembangkan, yang diharapkan adalah peningkatan efisiensi, mutu dan efektifitas rumah sakit dalam menjalankan misinya untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat. Peran sistem pembiayaan dan keuangan rumah sakit adalah sangat esensial untuk mencapai tujuan tersebut. Namun sampai sekarang masih banyak masalah dalam sistem pembiayaan dan manajemen keuangan rumah sakit yang belum dibenahi walaupun sudah diidentifikasi sebagai masalah. Dalam era 1990-an, pemerintah/Depkes menetapkan bahwa rumah sakit harus menjalankan fungsi sosial dan fungsi ekonomi sekaligus. Fungsi sosial berarti bahwa sebuah rumah sakit harus melayani pasien atas dasar kebutuhan medisnya tidak atas dasar kemampuan membayar. Fungsi sosial juga berarti bahwa sebuah rumah sakit harus melayani penduduk miskin. Sedang fungsi ekonomi berarti rumah sakit harus melaksanakan manajemennya termasuk manajemen keuangan dan pembiayaannya mengikuti kaedah-kaedah efisiensi dan kaedah-kaedah biaya yang realistis dan rasional. Namun belum jelas tentang penjabaran fungsi sosial-ekonomi tersebut dalam sistem pembiayaan rumah sakit.

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

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

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

harus juga dipertimbangkan.⁵

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

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

Kondisi pelayan kesehatan yang ada di Kota Salatiga saat ini terdiri dari BPRSUD Salatiga, mempunyai 150 tempat tidur terdiri dari kelas utama 17 tempat tidur, kelas I sebanyak 31 tempat tidur, kelas II sebanyak 47 tempat tidur, kelas III sebanyak 39 tempat tidur dan perinatologi sebanyak 16 tempat tidur, RSUD milik TNI AD dengan kapasitas tempat tidur 60 buah, RSUD Ananda milik swasta mempunyai 40 tempat tidur, RSUD Puri Asih memiliki 50 tempat tidur, RSTP Ngawen mempunyai 100 tempat tidur, serta ada 6 Puskesmas dengan 15 Puskesmas Pembantu, 1 buah BP4.

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

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

Jumlah penduduk Kota Salatiga dari tahun ke tahun relatif meningkat, dengan kenaikan rata-rata 1,38 %. Dari jumlah penduduk yang ada dengan kenaikan prosentse seperti diatas maka pada 10 tahun mendatang jumlah penduduk akan mencapai 180.974 jiwa. Menurut standar perencanaan RSU untuk menentukan fasilitas kesehatan bagi masyarakat yang ideal adalah setiap 1000 penduduk disediakan 3 tempat tidur, sehingga perlu direncanakan 543 tempat tidur dimana 65 % disediakan RSUD Salatiga sedang yang lainnya disediakan oleh pihak lain. Dalam membangun kondisi kesehatan sebagai bahan penting membangun potensi sumberdaya manusia yang menjadi bagian dari urusan RSUD Kota Salatiga, sudah selayaknya sektor kesehatan di Kota Salatiga mendapat pembangunan yang lebih sistematis dan terprogram. Kebutuhan sistem penanganan yang lebih sistematis dan terprogram tersebut semakin mendesak. Disatu sisi dengan semakin pesatnya perkembangan teknologi kesehatan yang sejalan dengan semakin kompleksnya jenis penyakit serta kebijakan pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan warga Kota Salatiga khususnya dan penduduk *interland* merupakan hal yang patut dipertimbangkan. Jika dikaitkan dengan RSUD Kota Salatiga maka sebenarnya potensi yang besar yang dapat menjadi sumber pendapatan RSU. Pada sisi lain, RSUD Salatiga merupakan rumah sakit pemerintah yang terbesar di Kota Salatiga. Semua kegiatan yang sifatnya pelayanan kesehatan terpadu pada suatu wilayah akan terpusat pada rumah sakit umum.

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

dengan pintu masuk dan parkir kendaraan tersendiri.

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

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

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

Perlunya analisis biaya dalam perencanaan untuk menjawab berapa biaya satuan kegiatan pada unit pelayanan rawat inap VIP dan VVIP serta tindakan medis dan pelayanan penunjang agar dapat dihitung total anggaran yang diperlukan. Selain itu perlu masukan atau pendapat dari para pengguna, tim manajer serta Pemda sehingga dapat ditentukan tarif yang dapat diterima semua pihak, dengan tetap berpedoman pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 582 / Menkes/ SK/ VI/1997 tentang Pola tarif Rumah Sakit Pemerintah

Perumusan Masalah

RSUD Kota Salatiga, rumah sakit rujukan terbesar di Kota Salatiga, mempunyai tanggung jawab memberikan pelayanan efektif, efisien dan bermutu di lingkup Kota Salatiga. Untuk memenuhi tuntutan

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

Pertanyaan Penelitian

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

Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum:

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

2. Tujuan khusus :

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

membandingkan sejauh mana tingkat pemberlakuan tarifnya.

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

Manfaat Penelitian

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

Ruang Lingkup

1. Lingkup waktu :Penelitian ini dilakukan mulai dari pembuatan proposal sampai ujian tesis yang dimulai bulan januari 2004
2. Ruang lingkup tempat : BPRSUD Kota Salatiga
3. Ruang lingkup materi : Pengembangan layanan VVIP dan VIP dengan tetap mempertahankan mutu pelayanan, dengan menggunakan *Real cost*, *Break Even Point*, analisis kelayakan ekonomis agar dapat mencapai *revenue centre* sehingga dapat menciptakan efisiensi pemanfaatan rumah sakit.
4. Lingkup sasaran : Memprediksi tingkat hunian, fasilitas layanan yang sering diberikan, menghitung biaya total yang dibutuhkan seta menentukan tarif layanan pada klas VVIP dan VIP agar dapat mencapai *revenue centre* sehingga dapat meningkatkan efisiensi pemanfaatan BPRSUD Kota Salatiga .

5. Lingkup masalah : Masalah dibatasi pada penentuan tarif yang layak untuk klas VVIP dan VIP agar dapat mencapai revenue centre sehingga dapat menciptakan efisiensi BPRSUD Kota Salatiga.

6. Lingkup metode

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

Keaslian Penelitian

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

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

inilah besarnya IRR dapat dihitung²⁵.

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

Keterbatasan Penelitian

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

