cc BY NC ND

TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER (TAPM)

EVALUASI PERATURAN DAERAH NO.2 TAHUN 2010 TENTANG RETRIBUSI PELAYANAN KESEHATAN (STUDI KASUS DALAM RANGKA MENINGKATKAN PELAYANAN KEPADA MASYARAKAT DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PURI HUSADA TEMBILAHAN TAHUN 2010)

UNIVERSITAS TERBUKA

TAPM diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
Gelar Magister Saint dalam
Ilmu Administrasi Bidang Minat Administrasi Publik

Disusun Oleh:

MUHAMMAD YOENUS
NIM : 016124395

PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS TERBUKA
JAKARTA
2012

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

ABSTRAK

"Evaluasi Peraturan Daerah No. 2 Tahun 2010 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan (Studi kasus dalam rangka pelayanan kepada masyasrakat di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan Tahun 2010)

Muhammad Yoenus
Program Pasca Sarjana Universitas Terbuka
Magister Administrasi Publik (MAP)
yoenus_riau@yahoo.co.id

Kata Kunci : ***Unit Cost, Cost Recovery Rate (CRR)***

Organisasi pelayanan kesehatan dalam riwayatnya adalah organisasi sosial yang tidak terlalu memikirkan penghasilan, namun dalam perkembangannya agar supaya tetap eksis dan dapat memberikan pelayanan yang bermutu secara terus menerus diperlukan anggaran yang cukup. Untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang lebih baik dan serta bermutu dimana rumah sakit merupakan organisasi yang padat karya, padat modal dan teknologi maka perlulah ditunjang dengan sistem pembiayaan yang memadai melalui perhitungan biaya satuan *(unit cost*)

Penelitian ini bersifat deskriptif kuantitatif yang ditujukan untuk mendapatkan gambaran biaya satuan *(unit cost)* pelayanan kesehatan di unit rawat inap RSUD Puri Husada Tembilahan tahun 2010, dengan menggunakan administrasi kebijakan pubik dan menggunakan alat ukur distribusi ganda (*Spreadsheet double distribution*). Dari hasil perhitungan distribusi ganda *Unit Cost Actual* Pelayanan Rawat Inap RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010 dengan Total cost sebesar Rp.7.712,006.336.81 unit cost tanpa AFC dan gaji sebesar Rp.1.813.518,214.86.-

Pada situasi tahun 2010 dimana Presentase Pemakaian tempat tidur (Bed Occupancy Rate) ruang rawat inap hanya sekitar 65%, dengan rata-rata lamanya dirawat (Avlos) 3 hari dengan jumlah hari rawat 23847 hari. dengan biaya unit cost actual yang terbesar pada ruang ICU Rp.594,551 dan yeng terkecil di kelas III sebesar Rp.107,985.-

Berdasarkan hasil perhitungan tersebut dapat disimpulkan bahwa RSUD Puri Husada masih memerlukan subsidi dari pemerintah daerah yang cukup besar dan tarif pelayanan pada tahun 2010 ternyata jauh lebih rendah dari pada unit cost.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

ABSTRACT

Second evaluation of local regulations in 2010 on
charges of health care
(unit cost analysis of inpatient general hospitals
Husada Tembilahan castle in 2010)

Muhammad Yoenus
open university graduate programs
masters of public administration (MAP)
yoenus_riau@yahoo.co.id

Key Words : *Unit Cost, Cost Recovery Rate (CRR)*

Organization of public health service in its history is a social organization that is not concerning about getting any profit (or income), but in its development, this kind of organization starts to have a need in getting profit for its capital in order to make it still exists and to make it able to give qualified services. To improve the quality of public medical service and make it better and qualified well, where hospital is a productive organization that need much fund and technology, the hospital has to be supported by a good system of capital administration through unit cost.

This research is a descriptive research, which is purposed to get more understanding and description about unit cost of medical actual room in RSUD Puri Husada Tembilahan in 2010, by using economic approach with the usage of spreadsheet double distribution. From the result of account of the spreadsheet double distribution, unit cost of with actual cost is Rp. 7,712,006,336,81.- without any AFC and the salary is Rp. 1,813,518,214,86.-

In situation of 2010 where the percentage use of bed (bed occupancy rate) inpatient room is only about 65%, with an average length of care (Avlos) 3 days with the number of days hospitalized 23 487 days, with the cost of the actual cost of the largest unit in the ICU Rp.594.551. and the smallest in the class III of Rp.107.985. -

According to the result gotten, it is then concluded that RSUD Puri Husada still needs subsidy much from the regional government and it is found that the price of service in this 2010 is much lower than the unit cost.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCA SARJANA
MAGISTER ADMINSTRASI PUBLIK

PERNYATAAN

TAPM yang berjudul "Evaluasi Peraturan Daerah No. 2 Tahun 2010 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan (Studi kasus dalam rangka meningkatkan pelayanan kepada masyarakat di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan Tahun 2010)" adalah hasil karya saya sendiri dan seluruh sumber yang dikutip maupun dirujuk telah sayanyatakan dengan dengan benar .

Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan
Adanya penjiplakan (plagiat), makan saya bersedia
Menerima sanksi akademik

Jakarta,
Yang Menyatakan

MUHAMMAD YOENUS
NIM : 016124395

LEMBARAN PERSETUJUAN
TUGAS AKHIR PROGRAM MAGISTER
(T A P M)

Judul TAPM	:	Evaluasi Peraturan Daerah No. 2 Tahun 2010 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan (Studi Kasus dalam rangka meningkatkan pelayanan kepada Masyarakat di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan Tahun 2010)
Penyusun TAPM	:	MUHAMMAD YOENUS.
NIM	:	016124395
Program Studi	:	Magister Administrasi Publik
Hari / Tanggal	:	

Menyetujui :

Pembimbing I,	Pembimbing II,
Dr,Meyzi Heriyanto, M.Si.	**Aminuddin Zuhairi, Ph.D**
NIP. 197508 311988 02 1 001	**NIP. 19611127 198803 1 001**

Mengetahui :

Ketua ISIP,	Direktur Program Pasca Sarjana.
Florentina Ratih Wulandari, S.IP M.Si.	**Suciati, M.Sc.,Ph.D**
NIP. 19710609 1998 02 2 001	**NIP. 19520213 198503 2 001**

UNIVERSITAS TERBUKA
PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM STUDI ADMINISTRASI PUBLIK
PENGESAHAN

N a m a	:	MUHAMMAD YOENUS.
NIM	:	016124395
Program Studi	:	Magister Administrasi Publik (MAP)
Judul Tesis	:	Evaluasi Peraturan Daerah No. 2 Tahun 2010 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan (Studi Kasus dalam rangka meningkatkan pelayanan kepada Masyarakat di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan Tahun 2010)

Telah dipertahankan dihadapan Panitia Penguji Tugas Akhir Program Magister (TAPM) Program Pasca Sarjana, Program Studi administrasi Publik, Universitas Terbuka pada:

Hari / Tanggal	:	Sabtu, 28 Juli 2012
Waktu	:	10.15 – 12.15 WIB

Dan telah dinyatakan LULUS

PANITIA PENGUJI TAPM

Ketua Komisi Penguji	:	Drs. Elfis Suanto, M.Si Nip. 19661002 199103 1 003	.....
Penguji Ahli	:	Prof. Dr. Ngadisah, M.A Nip.	.....
Pembimbing I	:	Dr,Meyzi Heriyanto, M.Si. Nip.19750831 198802 1 001	.....
Pembimbing II	:	Aminudin Zuhairi, Ph.D Nip.19611127 198803 1 001	.....

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan Puji dan syukur kehadirat Allah SWT, karena atas berkat dan rarmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Penulisan Tugas Akhir Program Magister (TAPM) ini dengan judul "Evaluasi Peraturan daerah No.2 Tahun 2010 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan (Analisis *Unit Cost* Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan Tahun 2010).

Penulisan TAPM ini dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Sains (S2) pada Program Pasca Sarjana Universitas Terbuka. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan dari berbagai pihak, dari mulai perkuliahan sampai pada penulisan penyusunan TAPM ini, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan TAPM. Oleh Karena itu melalui kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Suciati, M.Sc Ph.D Selaku Direktur Program Pasca Sarjana Universitas Terbuka;
2. Bapak Drs. Elfis Suanto, M.Si Selaku Kepala UPBJJ-UT Pekanbaru;
3. Bapak Dr. Meyzi Heriyanto, S.Sos, M.Si selaku pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu guna memberikan bimbingan kepada penulis;
4. Bapak Aminudin Zuhairi, Ph.D selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu guna memberikan bimbingan kepada penulis;
5. Kabid pelayanan medis dan penunjang medis selaku penanggung jawab program pelayanan di rumah sakit.
6. Orang tua dan keluarga saya yang telah memberikan bantuan dan dukungan materil dan moral
7. Rekan-rekan seperjuangan sesama mahasiswa program Magister Adminiatrasi Publik pada Universitas Terbuka untuk UPBJJ-UT Pekanbaru yang telah memberikan sumbangan pemikiran dalam penulisan TAPMN ini sehingga bermanfaat untuk diri penulis sendiri dan juga pihak lain yang berepentingan.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan TAPM ini masih terdapat kekurangan-kekurangan baik dari segi penulisan maupun dalam penyajian materi. Oleh sebab itu, dengan segala kerendahan hati penulis mengharapkan kritik dan

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

UNIVERSITAS TERBUKA

saran untuk kesempurnaan TAPM ini. Sebagai penutup penulis mengucapkan terima kasih, Wassalam

Akhir kata penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga TAPM ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Tembilahan,
Penulis

MUHAMMAD YOENUS
NIM. 016124395

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

14/41053

DAFTAR ISI

		Halaman
Abstrak		i
Lembaran Persetujuan TAPM		ii
Lembaran Pernyataan TAPM		iii
Kata Pengantar		iv
Daftar Isi		vi
Daftar Gambar		viii
Daftar Tabel		ix
Daftar Lampiran		xi
BAB I	PENDAHULUAN	1
	A. Latar Belakang Masalah	1
	B. Rumusan Masalah	1
	C. Tujuan Penelitian	9
	D. Manfaat Penelitian	9
BAB II	TINJAUAN PUSTAKA	11
	A. Kebijakan Publik	11
	1. Bentuk Kebijakan Publik	12
	2. Tujuan Kebijakan Publik	12
	B. Evaluasi Kebijakan Publik	13
	1. Beberapa Model Evaluasi	14
	C. Perumusan Kebijakan Publik	18
	D. Keuangan Publik	19
	E. Pengertian Rumah Sakit	20
	1. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit	22
	2. Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit	23
	3. Kebijakan Tarif Rumah Sakit Pemerintah	24
	4. Manajemen Tarif	27
	5. Tarif Pelayanan	29
	F. Konsep Biaya	31
	1. Pengertian Biaya	31
	2. Pembiayaan Rumah Sakit	32
	3. Klasifikasi Biaya	33
	4. Perhitungan Biaya Satuan	36
	5. Analisa Biaya	38
	G. Kemampuan Membayar Masyarakat	44
	H. Alokasi Biaya	44
	I. Faktor yang mempengaruhi *Unit Cost*	47
	J. Kerangka Konsep	50
	K. Peraturan Daerah	51
	L. Landasan Penyusunan Pearaturan Daerah No.2 Tahun 2010	51

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

BAB III METODOLOGI PENELITIAN 52
A. Desain Penelitian 52
B. Lokasi dan Waktu Penelitian 52
C. Jenis dan Sumber Data 52
D. Definisi Operasional Variabel 54
E. Metode Analisa Data 56
F. Hasil Evaluasi Kebijakan Peraturan Daerah No.2 Tahun 2010... 57

BAB IV TEMUAN DAN PEMBAHASAN 58
A. Gambaran Lokasi Umum Penelitian 58
B. Struktur Organisasi dan Tata Kerja, Kedudukan, Tugas Pokok, Fungsi dan Kewenangan RSUD Puri Husada Tembilahan..... 60
C. Visi dan Misi Strategi RSUD Puri Husada Tembilahan 68
D. Tujuan Organisasi Rumah Sakit 69
E. Formulasi Organisasi Rumah Sakit 70
F. Sumber Daya Manusia (SDM) 72
G. Sarana Fisik 73
H. Penampilan Kerja Rumah Sakit 76
I. Keuangan Rumah Sakit 76
J. Gambaran Umum Instalasi Rawat Inap 77
K. Hasil Penelitian Analisa Biaya 78

BAB V SIMPULAN DAN SARAN 107
A. Simpulan 107
B. Saran 109

DAFTAR PUSTAKA 111

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1	:	Kurva Permintaan dan Penawaran.....	30
Gambar 2.2	:	Alur Distribusi *Dobule Distribution*.....	42
Gambar 2.3	:	Metode Distribution Ganda.....	46
Gambar 2.4	:	Bagan Perhitungan *Unit Cost*.....	49
Gambar 2.5	:	Kerangka Konsep Penelitian.....	50

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

DAFTAR TABEL

			Halaman
Tabel 1.1	:	Tarif rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan.....	7
Tabel 1.2	:	Target Pendapatan dan Penyetoran Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan Selama 2 (dua) Tahun	8
Tabel 4.1	:	Prasarana bangunan gedung Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan tahun 2010	74
Tabel 4.2	:	Sarana Fisik Gedung yang ada berdasarkan fungsi di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan tahun 2010.....	75
Tabel 4.3	:	Data hasil kegiatan pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan tahun sampai 2008 sampai dengan tahun 2010.....	76
Tabel 4.4	:	Data hasil evaluasi pelayanan Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan tahun 2010.....	77
Tabel 4.5	:	Biaya investasi unit penunjang Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan tahun 2010.....	83
Tabel 4.6	:	Biaya investasi unit produksi Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan tahun 2010.....	83
Tabel 4.7	:	Biaya operasional dan pemeliharaan pada unit penunjang Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan tahun 2010.....	84
Tabel 4.8	:	Biaya operasional dan pemeliharaan pada unit produksi Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan tahun 2010.....	85

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Tabel 4.9	:	Total biaya Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan menurut pusat biaya penunjang dan produksi tahun 2010.....	87
Tabel 4.10	:	Total Biaya operasional dan pemeliharaan Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan menurut komponen biaya tahun 2010.....	88
Tabel 4.11	:	Data Dasar alokasi non keuangan unit penunjang dan unit produksi Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan tahun 2010.....	89
Tabel 4.12	:	Data Dasar alokasi alokasi biaya Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan menurut komponen biaya investasi, operasional dan pemeliharaan.....	90
Tabel 4.13	:	Biaya satuan actual pelayanan rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan tahun 2010.....	93
Tabel 4.14	:	Biaya satuan *variabel* pelayanan rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan tahun 2010.....	93
Tabel 4.15	:	Biaya satuan *actual* pelayanan menurut komponen biaya rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan tahun 2010.....	95
Tabel 4.16	:	Perbandingan peraturan daerah tarif rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan tahun 2010 dengan *Unit Cost Actual*	96
Tabel 4.17	:	Perbandingan peraturan daerah tarif rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan tahun 2010 dengan *Unit Cost tanpa AFC dan Gaji*.....	97

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

DAFTAR LAMPIRAN

NO	Judul	Halaman
1.	Surat pengantar penelitian tesis S-2 kepada Kepala Badan Kesbangpol	114
2.	Rekomendasi penelitian dan pengumpulan data (survey) ke RSUD Puri Husada Tembilahan	115
3.	Surat izin melaksanakan penelitian di RSUD Puri Husada Tembilahan.....	116
4.	Data unit operasional dan pemeliharaan pada unit penunjang dan unit produksi RSUD Puri Husada Tembilahan tahun 2010.....	117
5.	Hasil uji/rekapitulasi distribusi ganda unit rawat inap RSUD Puri Husada Tembilahan tahun 2010.....	120
6.	Hasil uji biaya actual pelayanan rawat inap RSUD Puri Husada Tembilahan tahun 2010.....	122
7.	Perbandingan tarif rawat inap perda dengan unit cost actual dan Perbandingan tarif rawat inap perda dengan unit cost tnpa AFC dan Gaji.....	123

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

ABSTRAK

"Evaluasi Peraturan Daerah No. 2 Tahun 2010 tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan (Studi kasus dalam rangka pelayanan kepada masyasrakat di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan Tahun 2010)

Muhammad Yoenus
Program Pasca Sarjana Universitas Terbuka
Magister Administrasi Publik (MAP)
yoenus_riau@yahoo.co.id

Kata Kunci : ***Unit Cost, Cost Recovery Rate (CRR)***

Organisasi pelayanan kesehatan dalam riwayatnya adalah organisasi sosial yang tidak terlalu memikirkan penghasilan, namun dalam perkembangannya agar supaya tetap eksis dan dapat memberikan pelayanan yang bermutu secara terus menerus diperlukan anggaran yang cukup. Untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang lebih baik dan serta bermutu dimana rumah sakit merupakan organisasi yang padat karya, padat modal dan teknologi maka perlulah ditunjang dengan sistem pembiayaan yang memadai melalui perhitungan biaya satuan *(unit cost*)

Penelitian ini bersifat deskriptif kuantitatif yang ditujukan untuk mendapatkan gambaran biaya satuan *(unit cost)* pelayanan kesehatan di unit rawat inap RSUD Puri Husada Tembilahan tahun 2010, dengan menggunakan administrasi kebijakan pubik dan menggunakan alat ukur distribusi ganda (*Spreadsheet double distribution*). Dari hasil perhitungan distribusi ganda *Unit Cost Actual* Pelayanan Rawat Inap RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010 dengan Total cost sebesar Rp.7.712,006.336.81 unit cost tanpa AFC dan gaji sebesar Rp.1.813.518,214.86.-

Pada situasi tahun 2010 dimana Presentase Pemakaian tempat tidur (Bed Occupancy Rate) ruang rawat inap hanya sekitar 65%, dengan rata-rata lamanya dirawat (Avlos) 3 hari dengan jumlah hari rawat 23847 hari. dengan biaya unit cost actual yang terbesar pada ruang ICU Rp.594,551 dan yeng terkecil di kelas III sebesar Rp.107,985.-

Berdasarkan hasil perhitungan tersebut dapat disimpulkan bahwa RSUD Puri Husada masih memerlukan subsidi dari pemerintah daerah yang cukup besar dan tarif pelayanan pada tahun 2010 ternyata jauh lebih rendah dari pada unit cost.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

ABSTRACT

Second evaluation of local regulations in 2010 on
charges of health care
(unit cost analysis of inpatient general hospitals
Husada Tembilahan castle in 2010)

Muhammad Yoenus
open university graduate programs
masters of public administration (MAP)
yoenus_riau@yahoo.co.id

Key Words : *Unit Cost, Cost Recovery Rate (CRR)*

Organization of public health service in its history is a social organization that is not concerning about getting any profit (or income), but in its development, this kind of organization starts to have a need in getting profit for its capital in order to make it still exists and to make it able to give qualified services. To improve the quality of public medical service and make it better and qualified well, where hospital is a productive organization that need much fund and technology, the hospital has to be supported by a good system of capital administration through unit cost.

This research is a descriptive research, which is purposed to get more understanding and description about unit cost of medical actual room in RSUD Puri Husada Tembilahan in 2010, by using economic approach with the usage of spreadsheet double distribution. From the result of account of the spreadsheet double distribution, unit cost of with actual cost is Rp. 7,712,006,336,81.- without any AFC and the salary is Rp. 1,813,518,214,86.-

In situation of 2010 where the percentage use of bed (bed occupancy rate) inpatient room is only about 65%, with an average length of care (Avlos) 3 days with the number of days hospitalized 23 487 days, with the cost of the actual cost of the largest unit in the ICU Rp.594.551. and the smallest in the class III of Rp.107.985. -

According to the result gotten, it is then concluded that RSUD Puri Husada still needs subsidy much from the regional government and it is found that the price of service in this 2010 is much lower than the unit cost.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

BAB I
P E N D A H U L U A N

A. Latar Belakang Masalah

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa fasilitas pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat. Undang-undang N0.44 tentang Rumah Sakit Pasal 1 (satu): Rumah Sakit adalah Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.(DepKes, 2009)

Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 582/Menkes/SK/VI/1997 yang merupakan perbaikan dari Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: 66/Menkes/SK/II/1987 tentang pola tarif rumah sakit pemerintah menyebutkan bahwa dalam menentukan besaran pola tarif perawatan didasarkan atas perhitungan unit cost rawat inap masing-masing rumah sakit, serta harus memperhatikan kemampuan dan keadaan sosial ekonomi masyarakat setempat, tarif rumah sakit setempat lainnya, kebijaksanaan subsidi silang. Biaya penyelenggaraan rumah sakit pemerintah dipikul bersama oleh pemerintah dan kemampuan keuangan Negara. Tarif rumah sakit tidak dimaksudkan untuk mencari laba dan ditetapkan berdasarkan azas gotong royong, adil dengan mengutamakan kepentingan masyarakat berpenghasilan rendah, dimana pelayanan rumah sakit pada saat ini merupakan bentuk upaya pelayanan kesehatan yang bersifat sosio-ekonomi yaitu suatu usaha yang bersifat sosial namun diusahakan

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

agar bisa mendapat surplus keuangan dengan cara pengelolaan yang profesional dengan memperhatikan prinsip-prinsip ekonomi. Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang lebih baik, retribusi pelayanan kesehatan di rumah sakit dipandang perlu disesuaikan dengan keadaan sosial masyarakat setempat dan karena pelayanan kesehatan di rumah sakit pemerintah telah berkembang dengan pesatnya maka perlulah ditunjang dengan sistem pembiayaan yang memadai melalui pengaturan tarif.

Dahulu rumah sakit merupakan tempat yang melulu memberikan pertolongan kepada orang yang sakit yang sifatnya murni sosial dan selalu mengalami defisit keuangan. Sasaran yang ingin dicapai rumah sakit bisa digambarkan sebagai membangun suatu rumah sakit yang mampu mandiri dalam pembiayaan melalui pengelolaan langsung dana yang diperoleh dari jasa pelayanan dan berbagai sumber dana lainnya. Menurut keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No: 983/SK/MENKES/XI.92 rumah sakit umum mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat.

Pasal 3 Undang-Undang kesehatan Republik Indonesia No.36 tahun 2009 disebutkan bahwa "pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan, kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masayarakat yang setinggi-tingginya sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekomonis".

Pada dekade 1960–1970 di negara-negara yang sedang berkembang termasuk Indonesia telah tumbuh semangat optimisme yang tinggi bahwa

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

pemerintah dapat secara aktif membiayai program-program kesejahteraan rakyatnya. Salah satu program kesejahteraan rakyat yang dibiayai adalah program kesehatan melalui rumah sakit. Dengan demikian rumah sakit pemerintah adalah suatu organisasi normatif yang mengacu ke fungsi sosial untuk menyehatkan.

Jumlah dan jenis pelayanan kesehatan sangat berkembang karena meningkatnya populasi, demand yang meninggi, transportasi, komunikasi yang semakin lancar, bergesernya pola penyakit dan sebagainya. Pelayanan kesehatan swasta akan lebih banyak dari pelayanan yang dikelola pemerintah dan rumah sakit pemerintah akan tampil bersaing terhadap swasta baik penampilan fisik, pelayanan dan kualitasnya. Perlunya pelayanan yang bermutu dan adanya iklim persaingan mengakibatkan rumah sakit harus dikelola secara profesional dan disokong oleh manajemen yang tangguh agar pelayanan kesehatan menjadi lebih efisien dan efektif dengan tetap menjaga mutu dan fungsi sosialnya sedang pengelolaannya berdasarkan prinsip-prinsip ekonomi.

Rumah sakit adalah organisasi yang bercirikan padat modal, padat karya, padat tekhnologi, bahkan padat profesi, sehingga memerlukan upaya manajemen yang profesional sebagaimana lazimnya upaya manajemen yang dilakukan dalam kegiatan "industri" pada umumnya, guna tercapainya efisiensi dan efektivitas yang optimal. Penggolongan Rumah Sakit sebagai "Industri" sudah demikian populer dikalangan masyarakat, sehingga sering menimbulkan kontroversi. Disatu sisi masyarakat luas mengartikan "industri" sebagai "perusahaan (bisnis), perdagangan (trade), pabrik (manufacturing), yang bertujuan mencari keuntungan semata", sementara sisi lain para insan kesehatan dan insan rumah sakit pada

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

khususnya merasa keberatan bila rumah sakit digolongkan sebagai kegiatan bisnis yang mencari keuntungan semata. (Makersi/Persi 2001).

Pada Mukadimah Kode Etik Rumah Sakit (KODERSI) dijelaskan "Rumah Sakit telah berkembang mejadi lembaga berupa suatu 'Unit Sosial Ekonomi' yang majemuk", dan dalam BAB 1, pasal 3 dari KODERSI dikatakan "Rumah Sakit harus mengutamakan pelayanan yang baik dan bermutu secara berkesinambungan serta tidak mendahulukan urusan biaya". Demikian pula Kode Etik berbagai profesi kesehatan (Kedokteran, Kedokteran Gigi, Keperawatan, Bidan, dan sebagainya) sebagai pemeran utama di rumah sakit, kesemuanya lebih mengutamakan tugas sosial dan kemanusiaan dan bukan bertujuan mencari keuntungan semata (Makersi/Persi, 2001).

Menurut Gani (1997) pelayanan kesehatan sudah sejak lama dilihat sebagai komoditi sosial. Oleh sebab itu penentuan tarif yang dibebankan kepada pasien harus dilakukan secara berhati-hati dan pada umumnya diikuti dengan pertimbangan kemanusiaan yang bertujuan agar semua orang yang membutuhkan pelayanan kesehatan mampu menjangkau secara finansial. Berdasarkan pertimbangan tersebut maka pemerintah memberikan subsidi yang besar untuk pelayanan kesehatan. Namun subsidi pemerintah tersebut belum dapat memenuhi kebutuhan operasional rumah sakit. Meningkatnya pendapatan masyarakat dan kecenderungan tuntutan mendapatkan peningkatan pelayanan yang bermutu, maka rumah sakit dan puskesmas harus bisa bekerja secara efektif dan efisien serta memberikan memberikan pelayanan yang bermutu dengan biaya terjangkau. Upaya peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang disesuaikan

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

dengan perkembangan teknologi, kebutuhan dan kemampuan masyarakat merupakan hal yang sangat penting.

Ada beberapa hal pokok dalam masalah penyesuaian tarif adalah (1) produk jasa/pelayanan rumah sakit sangat banyak ragamnya (2) tidak jelasnya besaran biaya satuan perjenis pelayanan (3) Kurangnya rencana anggaran belanja rumah sakit untuk tahun mendatang (4) sulit menduga serta tidak tersedianya informasi mengenai biaya pelayanan kesehatan dan kemampuan membayar masyarakat, (5) tidak jelasnya koefisien elastsitas demand terhadap perubahan harga pelayanan kesehatan yang ditawarkan rumah sakit. Informasi ini sangat diperlukan untuk meyakinkan para pengambil keputusan khususnya anggota Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (DPRD) dan Pemerintah Daerah (Pemda) setempat, karena kedua lembaga inilah yang pada akhirnya mengeluarkan berbagai kebijaksanaan termasuk penetapan, perubahan atau penyesuaian tarif baik melalui Peraturan Daerah (Perda) atau Surat Keputusan Pemerintah Daerah. Terdapat beberapa cara untuk memecahkan masalah tersebut antara lain analisis biaya di berbagai fasilitas kesehatan (RS dan Puskesmas), baik milik pemerintah maupun swasta dan penilaian kemampuan membayar masyarakat yang ada.

Rumah Sakit Umum Puri Husada Tembilahan adalah rumah sakit dengan kualifikasi Kelas C. Utilisasi melalui pemanfaatan tempat tidur (BOR) dari tahun ke tahun berfluktuasi. Data lima tahun terakhir BOR adalah 60% tahun 2005, 60% tahun 2006, 64% tahun 2007, 74.9% (2008) dan tahun 2009 terjadi penurunan menjadi 62,7 %. Rumah Sakit Umum Tembilahan milik Pemerintah Daerah Kabupaten Indragiri Hilir, di mana pada tahun 2010 berupaya untuk melakukan pembenahan-pembenahan manajemen di semua lini Berdasarkan Peraturan

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Daerah Kabupaten Indragiri Hilir Nomor 31 tahun 2008 tentang organisasi dan tata kerja RSUD Kabupaten Indragiri Hilir adalah. Untuk restribusi pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Puri Husada Tembilahan saat ini mengacu pada Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2010, pada ketentuan umum pasal 1 dinyatakan bahwa pelayanan rawat Inap adalah pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik, fisioterapis, penunjang medik dan pelayanan kesehatan lainnya tinggal diruang rawat inap dan menempati tempat tidur. Dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, salah satu pusat biaya (*cost center*) dirumah sakit adalah pelayanan rawat inap dimana merupakan pusat pendapatan (revenue center).

Berdasarkan gambaran dan informasi yang ada, bahwa tarif retribusi pelayanan kesehatan yang berlaku di rumah sakit saat ini, ditetapkan tanpa asumsi-asumsi ilmiah atau hanya dengan menentukan harga lebih tinggi daripada tarif kelas ruangan dibawahnya. Dengan kata lain tarif yang berlaku sekarang belum rasional. Pemikiran untuk melakukan analisis biaya sudah pernah dilakukan, namun terhambat oleh karena mahalnya biaya penawaran yang diajukan oleh badan konsultasi keuangan yang diminta. Dalam Laporan Tahunan Kegiatan RSUD Puri Husada Tembilahan tertulis bahwa pola tarif yang berlaku di RSUD Puri Husada Tembilahan sesuai dengan Peraturan Daerah Kabupaten Indragiri Hilir No. 2 tahun 2010. Dengan adanya inflasi dan krisis global dimana harga obat-obatan dan bahan habis pakai sarana kesehatan dalam beberapa tahun terakhir ini mengalami kenaikan, maka tarif retribusi pelayanan tersebut perlu segera diperbaiki dan disesuaikan dengan keadaan saat ini.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Tabel 1.1 **Tarif rawat inap pada RSUD Puri Husada Tembilahan**

No	Kelas Perawatan	TAHUN		
		2001	2005	2010
1	VIP / Utama	50.000.-	170.500.-	191.500.-
2	I C U	-	150.000.-	169.000.-
3	Kelas I	40.000.-	114.500.-	128.000.-
4	Kelas II	30.000.-	76.500.-	87.000.-
5	Kelas III	15.000.-	48.500.-	55.000.-

Sumber : Perda No.17 thn 2001, Perda No.14 tahun 2005, Perda No.2 tahun 2010

Retribusi pelayanan kesehatan yang berlaku sebelumnya berdasarkan Perda No. 14 tahun 2005 sebagai contoh untuk ruang rawat inap (kelas 1) tarif berlaku sebesar Rp.114.500.- dibandingkan dengan tarif yang berlaku saat ini berdasarkan perda No.2 tahun 2010 sebesar Rp.128.000.-, Dari retribusi (tarif) pelayanan kesehatan yang akan diberlakukan nantinya terlihat bahwa retribusi pelayanan kesehatan dihitung tidak berdasarkan alasan ilmiah (perhitungan *Unit Cost*). Dengan kata lain retribusi (tarif) pelayanan kesehatan yang berlaku tersebut belum pernah dihitung menurut biaya satuan *actual, normatif* dan unit cost tanpa AFC dan gaji, kemampuan masyarakat (*Ability to Pay=ATP*), dan belum diketahui *Cost Recovery Rate*-nya.

Tarif pelayanan rumah sakit perlu dilihat sebagai alternatif untuk meningkatkan pendapatan rumah sakit guna mencukupi kebutuhan biaya operasional maupun pemeliharaannya dalam upaya memberikan pelayanan yang lebih berkualitas, dengan mempertimbangkan tingkat kemampuan membayar *(Ability to pay)* dan kemauan membayar *(Willingness to pay)* masyarakat dalam bidang kesehatan. Sehingga pelayanan rumah sakit pada saat ini diarahkan ke bentuk upaya kesehatan yang bersifat sosio-ekonomi, yaitu suatu usaha yang

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

bersifat sosial tetapi tetap berusaha agar bisa mendapat surplus keuangan dengan cara pengelolaan yang profesional dan memperhatikan prinsip-prinsip ekonomi (dr.R.DarmantoDjojodibroto,DSP. Kiat Mengelola Rumah Sakit.1997).

Penghitungan biaya dalam penetapan tarif berguna untuk menganalisa tingkat efisiensi suatu unit pelayanan tertentu, dan salah satu faktor yang penting dalam penetapan suatu tarif (harga) pelayanan kesehatan adalah besarnya biaya satuan dari pelayanan yang diberikan. Untuk menghitung biaya satuan (*Unit Cost*) pada rumah sakit dapat dilihat pada dua jenis unit kegiatan yaitu unit produksi pelayanan dan unit penunjang pelayanan. Unit produksi pelayanan adalah unit yang langsung memberikan pelayanan kepada pasien seperti rawat jalan, rawat inap, laboratorium, apotik, radiologi, ambulance, kamar jenazah. Sedangkan unit penunjang pelayanan adalah unit yang tidak langsung memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien seperti instalasi gizi, bagian keuangan, bagian administrasi, laundry dan pemeliharaan sarana.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Puri Husada selalu mendapat subsidi dari pemerintah daerah dikarenakan penerimaan rumah sakit belum dapat menutupi dari biaya operasional rumah sakit sendiri hal ini dapat dilihat pada tabel penerimaan dan pengeluaran Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Puri Husada selama 2 (dua) tahun terakhir.

Tabel 1.2. Target Pendapatan Dan Penyetoran Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan Selama 2 (Dua) Tahun.

No	Uraian	TAHUN	
		2009	2010
1.	Pengeluaran	3.929.000.000.-	7.433.244.973.-
2.	Pendapatan	3.320.578.738.-	6.022.108.713.-

Sumber: Bagian keuangan RSUD Puri Husada Tembilahan

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Sehubungan dengan hal tersebut telah dibentuk Tim Perumus Peningkatan dan Pengembangan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Puri Husada Tembilahan dengan SK No. KPTS.445/RSUD-TU/25 tanggal 26 Nopember 2009. Tim ini dalam tahap pengumpulan data namun belum berjalan efektif karena kurangnya pengetahuan dan keahlian dalam perhitungan penetapan tarif rasional.

Berdasarkan hal tersebut maka perlu dilakukan analisis biaya (*unit cost*) ruang rawat inap, terhadap perda No.2 tahun 2010 tentang retribusi pelayanan kesehatan Rumah Sakit Umum Puri Husada Tembilahan. Fokus penelitian dilakukan pada Instalasi Rawat Inap RSUD Puri Husada Tembilahan. RSUD Puri Husada Tembilahan masih mendapat subsidi dari pemerintah daerah dikarenakan penerimaan rumah sakit masih belum mampu menutupi biaya operasionalnya

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah yang adalah:

1. Apakah dengan adanya evaluasi peraturan daerah No.2 tahun 2010 tentang retribusi pelayanan kesehatan, dapat lebih meningkatkan terhadap pelayanan kesehatan dirumah sakit pada rawat jalan dan rawat inap.
2. Apakah dengan adanya perhitungan terhadap unit cost rumah sakit yang dilakukan lebih banyak memberikan manfaat yang positif dan terjadi peningkatan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat dan petugas dirumah sakit.

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi Peraturan Daerah No.2 tahun 2010 tentang retribusi pelayanan kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan terhadap rawat inap dan rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Tembilahan tahun 2010, karena Dari retribusi (tarif) pelayanan kesehatan yang diberlakukan saat ini tidak dihitung menurut biaya satuan *actual, normatif* dan unit cost tanpa AFC dan gaji, kemampuan masyarakat (*Ability to Pay=ATP*), dan belum diketahui *Cost Recovery Rate*-nya.

D. Manfaat Penelitian

Dengan adanya tujuan yang ada, maka manfaat penelitian evaluasi Peraturan Daerah No.2 Tahun 2010 tentang retribusi pelayanan kesehatan dirumah sakit adalah:

1. Adanya perubahan segi pelayanan kesehatan yang lebih baik terhadap masyarakat.
2. Adannya manfaat bagi pemberi pelayanan (costumer service) yang ada dirumah sakit seperti dokter, perawat dan lain-lain.
3. Sebagai pengembangan ilmu pengetahuan pada pada kebijakan publik bidang kesehatan dan administrasi keuangan publik.
4. Sebagai bahan pertimbangan bagi manajemen RSUD Puri Husada Tembilahan untuk tim perumus pola retribusi pelayanan kesehatan rumah sakit pada masa yang akan datang untuk pengajuan ke Pemerintah Daerah dan Dewan Perwakilan Rakyat

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Kebijakan Publik

Kebijakan publik dalam kepustakaan internasional disebut *public policy*. Pertanyaan tentang kebijakan publik adalah pertanyaan sepanjang masa karena kebijakan publik tetap ada dan terus ada sepanjang masih ada negara yang mengatur kehidupan bersama, sistem politik, sistem ekonomi dan sistem teknologi. Salah satu ciri berdirinya suatu negara yaitu merdeka atau mempunyai kedaulatan, wilayah, rakyat, ada pemerintahan dan satu lagi yaitu pengakuan dari dunia internasional yang diwakili oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB). Definisi kebijakan publik menurut Harold Laswell dan Abraham Kaplan (1970, 71) mendefinisikan sebagai suatu program yang diproyeksikan dengan tujuan-tujuan tertentu, nilai-nilai tertentu dan praktek-praktek tertentu (a projected program of goals, values dan practices). Sedangkan Carl l Freidrick (1963, 79) mendefinisikannya sebagai serangkaian tindakan yang diusulkan seseorang, kelompok, pemerintah dalam suatu tertentu dengan ancaman atau peluang yang ada, kebijakan yang diusulkan tersebut ditujukan untuk memanfaatkan potensi sekaligus hambatan yang ada dalam rangka mencapai tujuan tertentu.

Kebijakan publik adalah keputusan yang dibuat negara, khususnya pemerintah, sebagai strategi untuk merealisasikan tujuan negara yang bersangkutan. Kebijakan publik adalah strategi untuk mengantar masyarakat pada masa awal, memasuki masyarakat pada masa transisi, untuk menuju pada masyarakat yang dicita-citakan.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Sebagai sebuah strategis, dalam kebijakan publik terangkum preferensi-prefenrensi politis dari para aktor yang terlihat dalam proses kebijakan, khususnya pada proses perumusan. Sebagai strategi, kebijakan publik tidak saja bersifat positif, namun juga negatif dalam arti pilihan keputusan selalu bersifat menerima salah satu dan menolak yang lain.

1. Bentuk Kebijakan Publik

Undang-undang No 10/2004 tentang peembentukan Peraturan Perundangan-undangan pasal 7 mengatur jenis dan hierarki Peraturan Perundangan-undangan sebagai berikut:

a. Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945
b. Undang-undang /Peraturan Pemerintah Penganti Undang-undang.
c. Peraturan Pemerintah
d. Peraturan Presiden
e. Peraturan Daerah

Pertanyaannya apakah kelima produk tersebut termasuk kebijakan publik? Benar. Produk tersebut merupakan bentuk pertama kebijakan publik, yaitu *peraturan perundangan yang terkodifikasi secara formal dan legal.* Setiap peraturan dari tingkat pusat “Pusat” atau”Nasional” hingga tingkat desa atau kelurahan adalah kebijakan publik karena mereka adalah aparat publik yang dibayar oleh uang publik melalui pajak dan penerimaan negara lainnya.

2. Tujuan Kebijakan Publik

Kebijakan publik adalah otoritas negara yang bertujuan mengatur kehidupan bersama. Tujuan kebijakan publik dapat dibedakan dari sisi sumber

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

daya atau risorsis, yaitu antara kebijakan publik yang bertujuan menndistribusi sumber daya negara yang bertujuan menyerap sumber daya negara.

B. Evaluasi Kebijakan

Evaluasi adalah suatu upaya untuk mengukur hasil atau dampak suatu aktivitas, program, atau proyek dengan cara membandingkan dengan tujuan yang telah ditetapkan, dan bagaimana cara pencapaiannya.

Sebuah evaluasi kebijakan tidak bisa lepas begitu saja, kebijakan harus *diawasi***,** dan salah satu mekanisme pengawasan tersebut disebut "evaluasi kebijakan". Evaluasi biasanya ditujukan untuk menilai sejauh mana keefektifan kebijakan publik guna dipertanggungjawabkan konstituennya. Sejauh mana tujuan dicapai. Evaluasi diperlukan untuk melihat kesenjangan antara "harapan" dan "kenyataan".

Tujuan pokok evaluasi bukanlah untuk menyalah-nyalahkan melainkan untuk melihat seberapa besar kesenjangan antara pencapaian dan harapan suatu kebijakan publik. Evaluasi kebijakan harus dipahami sebagai sesuatu yang bersifat positif. Evaluasi bertujuan untuk mencari kekurangan dan menutup kekurangan. Ciri dari evaluasi kebijakan adalah :

a. Tujuannya menemukan hal-hal yang strategis untuk meningkatkan kinerja kebijakan.
b. Evaluator mampu mengambil jarak dari pembuat kebijakan, pelaksana kebijakan dan terget kebijakan.
c. Prosedur dapat dipertanggungjawabkan secara metodologi.
d. Dilaksanakan tidak dalam suasana permusuhan dan kebencian.
e. Mencakup rumusan, implementasi, lingkungan dan kinerja kebijakan.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

1. Beberapa Model Evaluasi.

Menurut Dunn (1999:608-610) istilah evaluasi dapat disamakan dengan penaksiran (*appraisal*), pemberian angka (*rating*) dan penilaian (*assesment*). Evaluasi berkenaan dengan produksi informasi mengenai nilai atau manfaat hasil kebijakan. Evaluasi pemberi informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai kinerja kebijakan, yaitu seberapa jauh kebutuhan, nilai dan kesempatan telah dapat dicapai melalui tindakan publik. Evaluasi pada perumusan dilakukan pada sisi post tindakan, yaitu lebih pada proses perumusan daripada muatan kebijakan yang biasanya hanya menilai apakah prosesnya sudah sesuai dengan prosedur yang sudah disepakati.

Evaluasi implementasi kebijakan dibagi tiga menurut timing evaluasi, yaitu sebelum dilaksanakan, pada waktu dilaksanakan dan setelah dilaksanakan. Evaluasi pada waktu pelaksanaan biasanya disebut sebagai evaluasi proses. Evaluasi setelah kebijakan juga disebut sebagai evaluasi konsekuensi (*output)* kebijakan dan/atau valuasi impak/pengaruh *(outcome)* kebijakan atau sebagai evaluasi sumatif.

Ernest R. House (1980) membuat taksonomi evaluasi yang cukup berbeda, yang membagi model evaluasi menjadi:

1. Model sistem, dengan indikator utama adalah efisiensi.
2. Model prilaku, dengan indikator utama adalah produktivitas dan akuntabilitas.
3. Model formulasi keputusan, dengan indikator utama adalah keefektifan dan keterjagaan kualitas.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

4. Model tujuan bebas (*goal free*) dengan indikator utama adalah pilihan pengguna dan manfaat sosial.
5. Model kekritisan seni (*art criticism*), dengan indikator utama adalah standar yang semakin baik dan kesadaran yang semakin meningkat.
6. Model review profesional, dengan indikator utama adalah penerimaan profesional.
7. Model kuasi-legal (*quasi legal),* dengan indikator utama adalah resolusi.
8. Model studi kasus, dengan indikator utama adalah pemahaman atas diversitas.

Pemilahan evaluasi sesuai dengan tekhnik evaluasinya, yaitu:

1. Evaluasi komparatif, yaitu membandingkan implementasi kebijakan (proses dan hasilnya) dengan implementasi kebijakan yang sama atau berlainan, di satu tempat atau berlainan.
2. Evaluasi historikal, yaitu membuat evaluasi kebijakan berdasarkan rentang sejarah munculnya kebijakan-kebijakan tersebut.
3. Evaluasi laboratorium atau eksprimental, yaitu evaluasi namun menggunakan eksprimen yang diletakan dalam sejenis laboratorium.
4. Evaluasi *ad hock,* yaitu evaluasi yang dilakukan secara mendadak dalam waktu segera untuk mendapatkan gambar pada saat itu *(suap shot).*

Edward A. Suchman mengemukakan enam langkah dalam evaluasi kebijakan:

1. Mengidentifikasi tujuan program yang akan dievaluasi.
2. Analisa terhadap masalah.
3. Deskripsi dan standarisasi kegiatan.
4. Pengukuran terhadap tingkatan perubahan yang terjadi.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

5. Menentukan apakah perubahan yang diamati merupakan akibat dari kegiatan tersebut atau karena penyebab lain.
6. Beberapa indikator untuk menentukan keberadaan suatu dampak (dikutip Winarno, 2002, 169).

Wibawa, dkk (1993:10-11), evaluasi kebijakan publik memiliki empat (4) fungsi, yaitu:

1. Eksplanasi, melalui evaluasi dapat dipotret realitas pelaksanaan dan dapat dibuat suatu generalisasi tentang pola-pola hubungan antarberbagai dimensi realitas yang diamatinya. Hasil evaluasi ini evaluator dapat mengidentifikasi masalah, kondisi, dan aktor yang mendukung keberhasilan atau kegagalan kebijakan.
2. Kepatuhan: melalui evaluasi dapat diketahui apakah tindakan yang dilakukan oleh para pelaku, baik birokrasi maupun pelaku laninya, sesuai dengan standar dan prosedur yang ditetapkan oleh kebijakan.
3. Audit: melalui evaluasi dapat diketahui, apakah *output* benar-benar sampai ketangan kelompok sasaran kebijakan, atau justru ada kebocoran atau penyimpangan.
4. Akunting: dengan evaluasi dapat diketahui apa akibat sosial ekonomi dari kebijakan tersebut.

Bingham dan Felbinger (dalam Lester & Steward, 2000) membagi evaluasi kebijakan menjadi empat jenis yaitu:

1. Evaluasi proses, yang fokus pada bagaimana proses implementasi suatu kebijakan.
2. Evaluasi impak, yang fokus pada hasil akhir suatu kebijakan.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

3. Evaluasi kebijakan, yang menilai hasil kebijakan dengan tujuan yang direncanakandalam kebijakan pada saat dirumuskan.
4. Meta-evaluasi, yang merupakan dari berbagai kebijakan yang terkait.

Howlet dan Ramesh (1995) menggelompokkan evaluasi menjadi 3 (tiga) yaitu:

1. Evalusi Administrasi, yang berkenaan dengan evaluasi sisi administratif anggaran, efisiensi, biaya-dari proses kebijakan dalam pemerintah yang berkenaan dengan:
   a. *Effort evaluation*,yang menilai dari sisi input program yang dikembangkan oleh kebijakan.
   b. *Performance evaluation*,yang menilai keluaran (output) dari program yang dikembangkan oleh kebijakan.
   c. *Adequcy of performance evaluation* atau *effectiveness evaluation*,yang menilai apakah program yang dijalankan sebagaimana yang telah ditetapkan.
   d. *Efficiency evaluation*,yang menilai biaya program dan memberikan penilaian terhadap keefektifan biaya tersebut.
   e. *Process evaluation*,yang menilai metode yang dipergunakan oleh organisasi untuk melaksanakan program
2. Evalusi yudisial, yang evaluasi yang berkenaan dengan isu keabsahan hukum tempat kebijakan diimplementasikan, termasuk kemungkinan pelanggaran terhadap konstitusi, sistem hukum, etika, aturan administrasi negara, hingga hak asasi manusia.
3. Evalusi politik yang menilai sejauh mana penerimaan konsitituen politik terhadap kebijakan publik yang diimplementasikan.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

C. Perumusan Kebijakan Publik

Perumusan kebijakan publik adalah inti dari kebijakan publik, untuk itu harus disadari hal *hakiki* dari kebijakan publik. Kebijakan publik senantiasa ditujukan untuk melakukan intervensi terhadap kehidupan publik untuk meningkatkan kehidupan publik itu sendiri. Keynes memperkenalkan kebijakan pemerintah untuk mengatasi *economic malaise* yang dialami Amerika Serikat tahun 1932. Kebijakan keynes pada intinya adalah bahwa pemerintah harus melakukan intervensi-intervensi melalui kebijakan – kebijakan publik untuk menjaga kesinambungan kehidupan bersama (Dr. Diant Nugroho, Public Policy, 2008).

Menurut Dunn analisis kebijakan adalah aktivitas intelektual dan praktis yang ditujukan untuk menciptakan, secara kritis menilai, dan mengkomunikasikan pengetahuan tentang dan dalam proses kebijakan. Menurut Dunn metode analisis kebijakan menggabungkan lima prosedur yang lazim dipakai dalam pemecahan masalah manusia antara lain berikut ini:

- Definisi, menghasilkan informasi mengenai kondisi-kondisi yang menimbulkan masalah kebijakan.
- Prediksi, menyediakan informasi mengenai konsekuensi di masa datang dari penerapan alternatif kebijakan, termasuk tidak melakukan sesuatu.
- Preskripsi, menyediakan informasi mengenai nilai konsekuensi alternatif kebijakan di masa mendatang.
- Deskripsi, mengahsilkan informasi tentang konsekuensi sekarang dan masa lalu dari diterapkannya alternatif kebijakan.
- Evaluasi, kegunaan alternatif kebijakan dalam memecahkan masalah.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

D. Keuangan Publik

Keuangan negara sering disebut juga sebagai keuangan publik. Publik dalam hal ini diartikan secara sempit sebagai pemerintah (g*overment*). Meskipun sebenarnya pengertian publik memiliki pengertian yang lebih luas, dalam arti luas sebenarnya tidak hanya menggambarkan kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh pemerintah saja, namun menggambarkan pula apa yang dinamakan utilitas, yakni hal-hal yang terkait dengan hajat orang banyak. Karena itu, dalam arti luas pengertian publik sebenarnya mencakup pula hal-hal yang berkaitan dengan kepentingan masyarakat luas, baik yang dilakukan oleh negara, perusahaan negara, perusahaan swasta maupun lembaga sosial, lembaga politik, lembaga kemasyarakatan dan sebagainya. Keuangan negara mencerminkan kegiatan-kegiatan pemerintah dalam bidang keuangan, yakni dalam mencari sumber-sumber dana atau penerimaan *(source of found)* dan bagaimana dana yang diperoleh tersebut digunakan *(uses of found)* untuk mencapai tujuan pemerintah (Arsjad, et. Al, 1992:2). Kajian ilmu keuangan negara terutama dipusatkan pada upaya untuk mengetahui pengaruh pengeluaran dan pendapatan negara terhadap upaya-upaya pencapaian tujuan-tujuan ekonomi seperti pertumbuhan ekonomi stabilitas harga barang dan jasa, penciptaan kesempatan kerja, peningkatan pendapatan masyarakat, distribusi pendapatan dan sebagainya (Barata dan Trihartanto, 2004: 3).

1. Ruang lingkup keuangan negara

Secara garis besar kegiatan-kegiatan yang dilakukan pemerintah pada sektor publik meliputi 3 hal (Arsjad, Etal, 1992:2). *Pertama* transaksi-transaksi melalui anggaran (*budget transacation*) pemerinntah, baik pemerintah pusat maupun

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

pemerintah daerah, *kedua* kegiatan-kegiatan perusahaan negara (*public enterprises)* milik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah, *ketiga***,** peraturan-peraturan pemerintah (*public regulation)* yang dibuat oleh pemerintah pusat maupun pemerintah daerah untuk mempengaruhi kehidupan ekonomi, sosial, politik masyarakat dalam suatu negara.

E. Pengertian Rumah Sakit

Dewasa ini rumah sakit dianggap sebagai suatu organisasi yang semakin kompleks. Kemajuan rumah sakit disebabkan karena adanya perubahan dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang selalu diikuti dengan penyediaan tenaga untuk pekerjaan tertentu, sistem dan prosedur pelayanan yang semakin rumit dan canggih (Sulastomo:1999).

Dalam sepuluh tahun terakhir, perumahsakitan di Indonesia berkembang cukup pesat. Hal ini dapat dilihat dari meningkatnya jumlah rumah sakit, jumlah tempat tidur, penampilan fisik, penampilan kerja, manajemen, dan lain sebagainya. Jenis-jenis rumah sakit pun berkembang ragamnya dan semakin banyak rumah sakit yang spesialistik. Di setiap kabupaten sudah ada paling sedikit sebuah Rumah Sakit Umum (RSU) yang semuanya dimiliki oleh Pemerintah Daerah. Sebagian rumah sakit di kota-kota besar digunakan untuk pendidikan dokter (*teaching hospital*).

Ada beberapa kategori latar pembuat kebijakan yang menjadi isu baik mereka sebagai *in house researcher* maupun *external researcher.* Isu-isu kebijakan pokok dihubungkan dengan masalah sosial masa kini, masa lalu dan kecendrungan masalah itu dimasa datang (Sudarwan Danim, 2000). Sebagai contoh masalah-masalah sosial yang berkenaan dengan pelayanan kesehatan

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

menyiratkan isu-isu kebijakan seperti: kesesuaian penganggaran pelayanan kesehatan, kualitas tempat-tempat perawatan, proyeksi tenaga kesehatan dihubungkan dengan pertumbuhan penduduk dan lain-lain. Khusus untuk Rumah Sakit Pemerintah permasalahan besar yang dihadapi adalah buruknya pembiayaan dalam arti *budget allocation* yang tidak memadai sedang *revenue* masih rendah dan tidak boleh digunakan oleh rumah sakit secara langsung, kecuali rumah sakit swadana (Brotowasisto, 1999).

Semakin meningkatnya kebutuhan akan pelayanan kesehatan oleh masyarakat, dalam rangka menutupi kekurangan anggaran rutin rumah sakit, telah ditempuh kebijaksanaan penetapan rumah sakit sebagai unit swadana/Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Salah satu tujuan operasional pelaksanaan rumah sakit swadana/BLUD adalah meningkatkan kemandirian rumah sakit bersangkutan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat. Untuk itu rumah sakit diberi wewenang untuk menangkap potensi pasar dan sekaligus menggunakan pendapatannya untuk berbagai keperluan pembiayaan khususnya biaya operasional dan pemeliharaan. Seiring dengan itu, rumah sakit telah dituntut untuk memberikan pelayanan yang baik kepada konsumennya. Berikut ini beberapa pendapat tentang defenisi rumah sakit, sebagai berikut, Rumah Sakit adalah “Organisasi/institusi yang menyelenggarakan pelayanan medis (rawat jalan dan rawat inap), penunjang medis dan non medis kepada individu dan masyarakat “secara menyeluruh” (preventif, kuratif, promotif, rehabilitatif) dan menyelenggarakan sistem rujukan.

Rumah Sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosa serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien (*American Hospital Association,1974*).

Rumah sakit adalah sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian (Permenkes 59b/Menkes/Per/II/1988).

Berdasarkan kepemilikan, rumah sakit dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu:

1. Rumah sakit pemerintah (pusat dan daerah)
2. Rumah sakit perusahaan negara.
3. Rumah sakit swasta.

Berdasarkan jenis pelayanannya yaitu:

a. Rumah sakit Umum.
b. Rumah Sakit Jiwa.
c. Rumah Sakit Khusus (rumah sakit mata, rumah sakit jantung,).

Berdasarkan kelas yaitu:

a. Rumah Sakit Kelas A.
b. Rumah Sakit Kelas B.
c. Rumah Sakit Kelas C.
d. Rumah Sakit Kelas D

1. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah Sakit mempunyai fungsi:

a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar rumah sakit:

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai dengan kebutuhan medis;

c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemeberian pelayanan kesehatan;

d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan;

Saat ini rumah sakit merupakan bagian integral dari seluruh sistem pelayanan kesehatan, dimana Kementerian Kesehatan telah menggariskan bahwa rumah sakit mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan.

2. Pelayanan Rawat Inap di Rumah Sakit

Rawat inap adalah kegiatan pelayanan kepada pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik atau upaya pelayanan kesehatan lain dengan menginap di rumah sakit, pelayanan ini dilakukan pada ruang perawatan yang dilengkapi dengan tempat tidur dan secara teratur dipelihara serta dipergunakan untuk akomodasi dan perawatan 24 jam bagi pasien yang masuk rumah sakit dan mendapatkan perawatan sebagai pasien rawat inap. Bagi rumah sakit kelas C diharuskan mempunyai bagian radiologi, patologi, gizi, farmasi dan rehabilitasi medik. Untuk penyediaan sarana non medik, seperi AC, televisi, telepon, dan sebagainya merupakan fasilitas yang memberi kenyamanan bagi

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

pasien dan pasien berhak memilih fasilitas yang diinginkan sesuai dengan kemampuannya. Lingkungan rawat inap merupakan ruangan dan sarana yang disediakan untuk kebutuhan pelayanan rawat inap, dimana pasien tinggal selama beberapa hari yang dibutuhkan untuk mendapatkan pengobatan serta pemulihan kesehatannya.

3. Kebijakan tarif rumah sakit pemerintah

Kebijakan tarif rumah sakit pemerintah sebagai berikut:

a. Pemerintah dan masyarakat bertanggung jawab dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

b. Biaya penyelenggaraan rumah sakit pemerintah dipikul bersama oleh pemerintah dan masyarakat dengan memperhatikan kemampuan keuangan negara dan keadaan ekonomi masyarakat.

c. Tarif rumah sakit tidak di maksudkan untuk mencari laba dan ditetapkan berdasarkan azas gotong royong, adil dengan mengutamakan kepentingan masyarakat berpenghasilan rendah.

d. Tarif rumah sakit untuk golongan masyarakat yang pembayarannya dijamin oleh pihak penjamin, ditetapkan atas dasar saling membantu melalui suatu ikatan perjanjian tertulis.

e. Tarif rumah sakit diperhitungkan atas dasar *unit cost* dengan memperhatikan kemampuan ekonomi masyarakat, rumah sakit setempat lainnya serta kebijaksanaan subsidi silang.

f. Besaran tarif untuk pelayanan rawat jalan dan rawat inap kelas III A dan kelas III B milik Departemen Kesehatan RI ditetapkan oleh Direktur Jenderal Pelayanan Medik atas usulan Direktur Rumah Sakit.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

g. Besaran tarif untuk rawat inap kelas II, I dan utama ditetapkan oleh Direktur rumah sakit setelah mendapat persetujuan dari Kepala Kantor Wilayah Departemen Kesehatan setempat (Amak Rachmad. 2005).

Beberapa kebijaksanaan dalam analisa biaya Rumah Sakit Pemerintah:

1. Analisa yang dilaksanakan hanya untuk biaya operasional rumah sakit dengan tidak memperhitungkan biaya investasi dan depresiasi.

   Hal ini didasarkan atas pertimbangan sebagai berikut:

   - Bila biaya investasi diperhitungkan kedalam analisa biaya, maka unit cost akan sangat tinggi sekali sehingga sulit untuk dijadikan dasar penetapan besaran tarif rumah sakit pemerintah.
   - Sampai saat ini, pemerintah menganut kebijaksanaan bahwa akan tetap memberikan subsidi bagi rumah sakit pemerintah termasuk rumah sakit mampu.

2. Analisa biaya disesuaikan dengan dasar akutansi yang berlaku dirumah sakit. Sistem akutansi yang berlaku saat ini dirumah sakit pemerintah adalah “cash basis” artinya hanya didasarkan pada jumlah biaya yang dibayarkan, dengan tidak memperhitungkan transaksi yang belum dibayar (utang/piutang) maupun sisa barang.

3. *Budget Oriented*

   Biaya yang dianalisa adalaha realisasi anggaran biaya operasional pada akhir tahun anggaran (Modul 5b, Depkes RI Pusat Diklat 2001).

Penetapan tarif pelayanan kesehatan didasarkan pada beberapa faktor, salah satunya adalah besarnya biaya satuan pelayanan yang diberikan.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Perhitungan biaya dalam menetapkan tarif berguna untuk menganalisa tingkat efisiensi suatu unit pelayanan, yaitu:

1) *Cost recovery*

   Adalah tingkat sejauh mana pendapatan unit pelayanan kesehatan dapat menutupi biaya yang dikeluarkan. Oleh karena itu, unit pelayanan kesehatan dapat menentukan tarifnya yang bertujuan untuk menutupi sebagian besar dari biaya yang dikeluarkan.

2) Subsidi silang

   Mengingat tingkat pendapatan masyarakat Indonesia masih sangat heterogen, ada golongan yang mampu dan ada golongan yang belum dapat membiayai kebutuhan kesehatannya, maka penetapan tarif dapat menyeimbangkan penggunaan bagi masyarakat ekonomi kuat dan ekonomi lemah serta dapat bertujuan untuk menyeimbangkan antara pelayanan yang merugikan dan pelayanan yang menguntungkan di unit pelayanan kesehatan.

3) Menciptakan surplus

   Karena unit pelayanan kesehatan dikelola sebagai organisasi yang bukan mencari keuntungan, maka apabila pendapatan kebetulan melebihi pengeluaran, kelebihan ini disebut surplus. Surplus lebih sering dikenal sebagai keuntungan atau profit, tetapi surplus tidak ditujukan untuk menarik keuntungan dari orang sakit, tetapi surplus digunakan sebagai cadangan untuk investasi di masa mendatang dan untuk mengimbangi kebutuhan finansial di masa-masa sulit.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

4) Maksimalisasi Pendapatan

Apabila tarif lebih tinggi dari biaya, maka maksimalisasi pendapatan juga berarti maksimalisasi surplus. Apabila tarif lebih rendah dari biaya (hal ini dapat terjadi dengan adanya subsidi pemerintah) maka maksimalisasi pendapatan berarti juga maksimalisasi subsidi pemerintah.

Tarif yang terbaik sebenarnya adalah yang dapat mencakup ketiga hal antara lain:

- ❖ Tahu biaya yang dikeluarkan.
- ❖ Tahu kemampuan masyarakat membayar.
- ❖ Tahu tarif rumah sakit yang lain.

Penentuan tarif harus didasari pada:

- ❖ Biaya yang dikenakan.
- ❖ BEP Yang diperlukan.
- ❖ Kompetisi yang terjadi.
- ❖ Pertimbangan dimasa mendatang seperti: laba, biaya pemasaran khusus, pengembangan, potongan khusus.

4. Manajemen Tarif

Secara sistematis melakukan upaya perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengendalian, dan evaluasi berlakunya tarif, dengan cara ini akan memberikan pengalaman yang berharga untuk kemajuan dan perbaikan yang diperlukan.

1) Perencanaan tarif meliputi kegiatan:

- Penentuan biaya.
- Penetuan struktur tarif.
- Penyebarluasan.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

- Penentuan keputusan.

2) Pengorganisasian tarif meliputi kegiatan:

- Penentuan tanggung jawab.
- Penentuan tanggung jawab penyebarluasan.
- Pengaturan dokumentasi.

3) Pelaksanaan Tarif meliputi:

- Cara penagihan.
- Penyaluran atau posting.
- Perhitungan yang diperlukan.

4) Pengendalian Tarif meliputi:

- Pemantauan adanya penurunan jumlah pasien.
- Pemantauan jumlah yang dapat melunasi.
- Pengendalian jumlah piutang.

5) Evaluasi Tarif meliputi:

- Evaluasi hasil pencapaian.
- Evaluasi sebab kurang membayar.
- Evaluasi ketetapan penentuan tarif.

UNIVERSITAS TERBUKA

Analisa biaya rumah sakit adalah proses pengumpulan data keuangan rumah sakit, untuk mendapat informasi tentang biaya dan komponen biaya, serta kegiatan perhitungan biaya satuan dan out put jasa pelayanan yang diberikan yang dapat digunakan untuk penetapan tarif jenis pelayanan, pemantauan cost recovery dan penilaian efisiensi rumah sakit. Hasil dari analisis biaya tersebut dapat dipergunakan sebagai:

- Informasi untuk kebijakan tarif dan subsidi.

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

- Dasar pertimbangan negoisasi dengan pihak-pihak yang akan mengadakan kontrak menggunakan jasa pelayanan rumah sakit.
- Informasi untuk kebijakan pengendalian biaya.
- Pertanggungjawaban tentang efektivitas biaya kepada pihak yang berkepentingan.
- Dasar untuk penentuan anggaran yang akan datang.

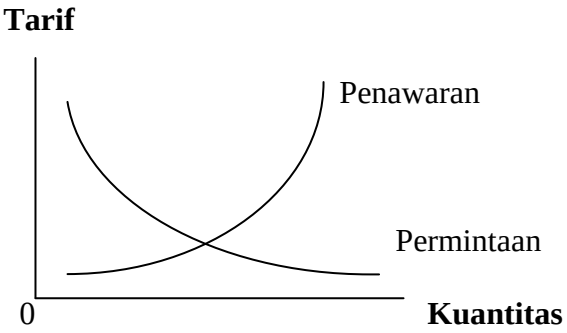
5. Tarif Pelayanan

Pengertian tarif tidaklah sama dengan harga. Sekalipun keduanya menunjuk pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh konsumen, tetapi pengertian tarif lebih terkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh jasa pelayanan, sedangkan pengertian harga terkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh barang. Sekalipun perbedaan antara tarif dengan harga cukup jelas, namun bagi kebanyakan anggota masyarakat sulit dimengerti. Terlepas dari adanya perbedaan pengertian tersebut, peranan tarif dalam pelayanan kesehatan memang amat penting. Untuk dapat menjamin kesinambungan pelayanan, setiap sarana kesehatan harus dapat menetapkan besarnya tarif yang dapat menjamin total pendapatan yang lebih besar dari total pengeluaran. Dalam keanekaragaman pemilihan institusi pelayanan kesehatan yang ada di negara berkembang termasuk Indonesia (Work Bank, 1987), tarif yang ada seringkali besarnya jauh di bawah unit cost yang sesungguhnya atau tidak sesuai dengan kemampuan membayar masyarakat sehingga di satu sisi masyarakat tidak mampu memanfaatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Hukum Penawaran dan Permintaan



Gambar 2.1 **Kurva Permintaan dan Penawaran**

Keputusan mengenai harga dipengaruhi oleh hukum ekonomi yang menyangkut penawaran dan permintaan. Jika harga turun, permintaan lebih banyak, jika harga naik, maka permintaan akan sedikit. Pada kenyataannya tidak selalu terjadi demikian. Suatu produk tidak akan laku terjual kecuali konsumen mau membelanjakan uangnya untuk membeli suatu produk dan mengesampingkan pilihan lain yang bisa didapat dengan harga yang sama. Sekalipun pelayanan kesehatan telah diperlakukan sebagai suatu kegiatan usaha, namun hukum dunia usaha tidak sepenuhnya dapat diberlakukan. Dikatakan bahwa hukum permintaan (*demand)* berpegaruh terhadap kenaikan tarif, karena apabila permintaan terhadap pelayanan kesehatan meningkat, akan meningkatkan tarif pelayanan pula. Tetapi untuk hukum penawaran (*supply*) tidaklah demikian sekalipun penawaran berlebihan, tarif pelayanan tidak otomatis akan turun (Azrul Azwar, 1996).

Dalam perdagangan umum, untuk tarif atau harga berlaku menurut hukum pasar yang berfluktuasi dari satu waktu ke waktu lainnya. Dalam pelayanan kesehatan tarif pelayanan juga dapat berfluktuasi tetapi tidak secepat perubahan pada harga komoditi tertentu.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

F. Konsep Biaya

Untuk memperoleh gambaran informasi perlu diuraikan biaya total, sumber biaya, komponen biaya serta biaya satuan yang merupakan kegiatan analisis biaya. Uraian tentang rumah sakit dijelaskan agar didapatkan suatu pemahaman yang sama tentang pengertian rumah sakit dengan kegiatan-kegiatan yang ada di dalamnya. Mengenai kemampuan membayar masyarakat *(ability to pay)* dan kemauan membayarnya (*willingness to pay*) juga dipaparkan walaupun dalam penelitian tidak menganalisa faktor tersebut, dengan pertimbangan bahwa output penelitian dan kelanjutannya akan berkaitan langsung dengan faktor tersebut.

1. Pengertian Biaya

Menurut teori ekonomi dasar, biaya adalah semua pengorbanan yang dikeluarkan untuk memproduksi dan konsumsi suatu komoditi tertentu. Dengan demikian pengertian biaya meliputi semua jenis pengorbanan bisa dalam bentuk uang, barang, waktu yang hilang, kesempatan yang hilang bahkan kenyamanan yang terganggu. Biaya (*cost*) adalah nilai dari sejumlah faktor produksi *(input)* yang dipakai untuk menghasilkan suatu produk *(output*). Output atau produk bisa berupa barang atau jasa pelayanan. Biaya *(cost*) adalah harga perolehan yang dikeluarkan atau digunakan untuk menghasilkan suatu produksi *(output*) atau untuk mengkonsumsi sesuatu produk bisa berupa uang atau jasa pelayanan. Biaya pelayanan kesehatan ialah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perseorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

2. Pembiayaan Kesehatan

Biaya kesehatan ialah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat. Dimana pengertiannya didapat ditinjau dari dua sudut:

a. Bagi penyedia pelayanan kesehatan (*Health Provider*)

Pengertian biaya kesehatan lebih menunjuk pada dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Besarnya dana tersebut lebih menunjuk pada seluruh biaya investasi *(investment cost)* serta seluruh biaya operasional (*Operational Cost*) yang harus disediakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.

b. Bagi pemakai jasa pelayanan *(Health Consumer)*

Pengertian biaya kesehatan bagi pemakai jasa pelayanan lebih menunjuk pada dana yang harus disediakan atau jumlah uang yang harus dikeluarkan (*out of pocket)* untuk dapat memanfaatkan upaya kesehatan atau jasa pelayanan.

Apabila total dana yang dikeluarkan oleh seluruh pemakai jasa pelayanan merupakan pemasukan bagi penyedia pelayanan kesehatan (*income*) adalah lebih besar dari pada yang dikeluarkan oleh penyedia pelayanan kesehatan maka berarti penyelenggaraan upaya kesehatan tersebut mengalami keuntungan (*profit*). Apabila sebaliknya, berarti penyelenggaraan upaya kesehatan mengalami kerugian (*loss*).

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

3. Klasifikasi Biaya

Untuk keperluan analisis biaya, maka biaya yang dianalisis dapat dikelompokkan atas:

a. Menurut fungsinya

1) Biaya investasi

Adalah biaya yang dikeluarkan untuk barang/modal yang berhubungan dengan pembangunan atau pengembangan fisik dan kapasitas produksi yang kegunaan dan pemanfaatannya bisa berlangsung selama beberapa tahun. Contohnya: biaya pembangunan gedung, biaya pembelian alat medis dan non medis dan lain-lain.

2) *Biaya operasional*

Adalah biaya yang diperlukan untuk mengopersionalkan atau melaksanakan kegiatan-kegiatan barang modal dalam suatu produksi sehingga menghasilkan produk yang diinginkan. Contohnya: biaya gaji, upah, intensif dan biaya operasional lainnya, biaya makanan, biaya listrik, telepon, air.

3) Biaya pemeliharaan.

Adalah biaya yang diperlukan untuk menjaga dan mempertahankan kapasitas barang investasi, agar barang investasi tersebut dapat bertahan lama sehingga memperpanjang waktu untuk berproduksi. Contohnya: biaya pemeliharaan gedung, biaya pemeliharaan alat medis dan non medis.

b. Pengaruhnya pada perubahan skala produksi

1) Biaya Tetap (*Fixed Cost)*

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Biaya yang jumlahnya relatif tidak dipengaruhi oleh jumlah produksi (output) yang dihasilkan misalnya: gaji pegawai, biaya gedung.

2) Biaya Tidak Tetap (*Variable Cost)*

Biaya yang jumlahnya tergantung pada jumlah produksi atau output yang dihasilkan. Makin besar produksi maka semakin besar pula biaya tidak tetapnya Contoh : biaya makan penderita, biaya obat-obatan di unit gawat darurat.

3) Biaya Total (*Total Cost)*

Biaya yang merupakan hasil penjumlahan dari biaya tetap *(total fixed cost)* dan total biaya tidak tetap (*total variabel cost*) dengan rumus

$$TC = TFC + TVC$$

c. Berdasarkan lama penggunaannya

1) Biaya Investasi (*Investment Cost)*

Yaitu biaya yang kegunaannya dapat berlangsung dalam waktu yang relatif lama, biayanya lebih besar dari satu tahun, serta nilai uangnya di atas Rp.100.000,00. Contoh: biaya pembangunan gedung, kendaraan, peralatan medis, peralatan non medis atau rumah tangga (meja, kursi, AC, komputer, mesin cuci, pengangkut pasien, dll). Untuk perhitungan *Unit Cost* yang dipakai adalah biaya penyusutan yang bersumber dari Investasi. Biaya Penyusutan *(Depreciation Cost)* adalah biaya yang timbul akibat terjadinya pengurangan nilai barang investasi (asset) sebagai akibat penggunaannya dalam proses produksi, seperti karena kerusakan fisik atau karena makin usang. Untuk menghitung nilai setahun biaya investasi digunakan formula berikut:

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

$$\text{Biaya Investasi} = \frac{\text{Harga Beli} - \text{Nilai residu}}{\text{Umur Ekonomis}}$$

2) Biaya Operasional atau Biaya Pemeliharaan (*Maintanance Cost).*

Yaitu biaya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan dalam suatu proses produksi dan memiliki sifat habis pakai dalam kurun waktu kurang dalam satu tahun produksi serta dikeluarkan secara berulang-ulang. Contoh: biaya overhead (air, listrik, telepon, gas, dan lain-lain), biaya pemeliharaan barang investasi (biaya perbaikan peralatan medis dan non medis, service kendaraan, pemeliharaan gedung, dan lain-lain), biaya pendidikan, biaya uang lembur, biaya obat dan bahan medis.

3) Biaya langsung (*direct cost)*

Biaya yang dikeluarkan pada unit yang langsung memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien, misalnya biaya obat-obatan dari unit rawat jalan, biaya reagen di laboratorium.

4) Biaya tidak langsung *(Indirect cost)*

Biaya yang secara tidak langsung digunakan untuk melayani pasien atau biaya yang dikeluarkan pada unit penunjang (unit yang keberadaannya menunjang unit produksi). Contoh: kantor direksi, bagian administrasi, bagian keuangan, bagian karcis dan lain-lain.

5) Biaya Satuan (*Unit Cost)*

Biaya yang dihitung untuk satu satuan produk (pelayanan).

6) Biaya Penyusutan (*Depreciation Cost*)

Biaya yang timbul akibat terjadinya pengurangan nilai barang investasi *(asset*) sebagai akibat penggunaannya dalam proses produksi,

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

seperti karena kerusakan fisik atau karena makin usang/tidak layak pakai. Untuk menghitung nilai setahun biaya investasi digunakan formula berikut :

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

Keterangan : AIC = Annualized Investment Cost

IIC = Initial Investment Cost (harga beli)

I = Laju inflasi

t = Masa pakai

L = Perkiraan masa pakai

4. Perhitungan Biaya Satuan

Biaya satuan *(unit cost*) adalah seluruh biaya yang dikeluarkan untuk melaksanakan kegiatan produksi atau menghasilkan jasa/kegiatan. diperoleh dengan cara membagi biaya total (TC) dengan jumlah produk (Q). Biaya satuan adalah biaya yang dihitung untuk satu satuan produk pelayanan, diperoleh dengan cara membagi biaya total (TC) dengan jumlah produk (Q) atau total output.

$$\textbf{UC} = \frac{TC}{Q}$$

Perhitungan biaya satuan yang didasarkan atas pengeluaran nyata terhadap produk/pelayanan pada suatu kurun waktu tertentu disebut biaya satuan aktual (*Actual Unit Cost*). Biaya satuan aktual disebut juga biaya rata-rata (*Average Cost*) yang berguna untuk menilai efisiensi produksi, yaitu dengan membandingkannya dengan biaya rata-rata di rumah sakit lain dan biaya satuan ini dapat diperoleh dengan rumus :

$$AVERAGE\ COST = \frac{TC}{Q}$$

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Dimana: *Average Cost* = Unit cost actual

TC = Total cost (biaya total)

Q = Jumlah output di pusat biaya tersebut

Perhitungan biaya satuan yang didasarkan atas pengeluaran nyata terhadap produk/pelayanan pada suatu kurun waktu tertentu yang disebut biaya satuan actual (a*ctual unit cost*), disebut juga biaya rata-rata (*Average Cost*) yang berguna untuk menilai efisiensi produksi, yaitu dengan membandingkannya dengan biaya rata-rata di rumah sakit lain.

Disamping itu juga ada biaya satuan normatif *(normative unit cost*) yaitu biaya satuan yang secara normatif dihitung untuk menghasilkan suatu jenis pelayanan kesehatan menurut standar baku. Biaya satuan normatif ini terlepas dari apakah pelayanan kesehatan tersebut dipergunakan oleh pasien atau tidak Biaya satuan normatif ini berguna untuk menemukan tarif (*pricing*) dan dapat diperoleh dengan rumus:

$$\mathbf{UC} = \frac{FC}{KAP} + \frac{VC}{Q}$$

Dimana: UC = Unit Cost Normatif

FC = Fixed Cost (biaya total)

KAP = Kapasitas Pusat biaya tersebut dalam setahun

VC = Variable cost termasuk didalamnya biaya obat/bahan medis, bahan habis pakai, biaya makanan

Q = Jumlah output pusat biaya tersebut dalam setahun

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

5. Analisis Biaya

Adalah suatu proses pengumpulan data dan mengelompokkan data keuangan rumah sakit untuk dapat menghitung biaya satuan jasa pelayanan yang diberikan rumah sakit atau proses pengalokasian semua biaya-biaya (investasi/operasional) kepada pusat-pusat biaya (*cost center*) yang menghasilkan produksi (*revenue center*).

a. Manfaat analisis biaya

Manfaat analisis biaya adalah diketahuinya output dari biaya rumah sakit, ini sangat berguna untuk melakukan perencanaan, pengendalian dan penetapan tarif rumah sakit, berupa:

- Diperoleh biaya total unit produksi dan biaya satuan unit *(unit cost*) dari tiap-tiap output di rumah sakit.
- Dapat ditentukannya tarif pelayanan rumah sakit.
- Pertimbangan kerjasama pihak ketiga.

Perkembangan kerja sama dengan pihak ketiga hendaknya berdasarkan *win-win solution,* baik rekanan pemasok maupun penerima jasa rumah sakit. Kalau dilihat kerja sama dengan pihak PT. Askes selama ini selalu dimenangkan PT. Askes, sedangkan pihak rumah sakit tetap di pihak yang lemah harus tetap menerima karena ini telah termasuk pengaruh pemerintah dalam menentukan harga yang diterima leh rumah sakit sebagai pemberi jasa.

b. Tujuan analisis biaya

Adalah untuk mendapatkan informasi tentang total biaya serta biaya satuan yang akan di pakai sebagai dasar penyesuaian tarif. Secara khusus tujuan dari analisis biaya adalah:

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

1) Untuk mendapatkan gambaran dari unit/bagian “pusat biaya” *(cost centre)* dan “pusat pendapatan” *(revenue center).*
2) Untuk mendapatkan gambaran biaya pada tiap unit tersebut, baik biaya operasional maupun biaya pemeliharaan.
3) Untuk mendapatkan gambaran biaya dari tiap unit/bagian dari rumah sakit baik bersumber subdisi maupun restribusi.
4) Untuk mendapatkan gambaran biaya satuan pelayanan di rumah sakit.

c. Mengidentifikasi biaya investasi dan biaya operasional.

1) Biaya investasi

Adalah biaya yang dikeluarkan untuk barang/modal yang berhubungan dengan pembangunan atau pengembangan fisik dan kapasitas produksi yang pemanfaatannya bisa berlangsung setahun atau lebih. Contoh: biaya pembangunan gedung, pembelian alat medis dan non medis.

2) Biaya Operasional.

Biaya yang diperlukan untuk mengoperasionalkan barang dalam suatu produksi sehingga menghasilkan produksi yang diinginkan. Contoh: biaya obat-obatan, laboratorium, bahan alat tulis kantor (ATK), listrik, air, telepon.

d. Prinsip Dasar Analisis Biaya Rumah Sakit

Langkah-langkah atau tahapan yang harus dilalui dalam melakukan analisa biaya rumah sakit sampai mendapatkan biaya satuan *(unit cost*) yaitu:

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

1) Mengidentifikasi Pusat Biaya

Pusat biaya di rumah sakit adalah setiap unit struktural maupun fungsional di rumah sakit yang menggunakan biaya dalam pelaksanaan kegiatannya. Umumnya pusat biaya ini dapat dikelompokkan menjadi:

a) Pusat biaya produksi

Adalah unit atau tempat dimana biaya langsung *(direct cost*) dipergunakan atau biaya yang terdapat pada unit-unit yang menghasilkan output atau produksi. Contoh: unit rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, kamar operasi, hemodialisa, ICU/ICCU, laboratorium, radiologi, apotik dan lain-lain.

b) Pusat biaya penunjang

Pusat biaya penunjang dan pendukung Unit atau tempat dimana biaya-biaya tidak langsung (*indirect cost)* dipergunakan biaya yang terdapat pada unit-unit yang menunjang produksi. Contoh : bagian administrasi, bagian pendaftaran /loket karcis, bagian keuangan, dapur, gizi, laundry.

2) Pengumpulan Data Biaya

Data biaya dikumpulkan dari semua sumber yang ada, baik dari laporan keuangan maupun perincian biaya di setiap pusat biaya. Data biaya diuraikan dalam komponen-komponen biaya, misalnya: biaya personil, pemeliharaan, investasi, dll. Keberhasilan pengumpulan data sangat tergantung pada setiap sistem perencanaan yang dilaksanakan di rumah sakit tersebut.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

3) Perhitungan Biaya Asli

Perhitungan besarnya biaya asli diperoleh dari setiap unit penunjang dan produksi yang diuraikan menurut jenis biaya (investasi dan operasional) dan komponen-komponennya. Komponen biaya investasi diantaranya biaya untuk gedung, alat medis, kendaraan, dll. Komponen biaya operasional antara lain biaya untuk gaji/honor, obat, bahan habis pakai/non obat. Biaya asli setiap unit ini dihitung untuk semua biaya yang telah digunakan untuk waktu tertentu, biasanya selama satu tahun.

4) Pendistribusian Biaya

Biaya asli disetiap unit penunjang dipindahkan ke setiap unit produksi yang terkait. Pada dasarnya unit penunjang akan memindahkan biaya aslinya secara berbeda jumlahnya ke unit produksi terkait. Apabila seluruh biaya asli unit penunjang telah di pindahkan ke unit produksi terkait, maka tidak ada lagi biaya tersisa di satu unit penunjang.

Dua langkah penting dalam melakukan pendistribusian biaya, yaitu:

(1) Melakukan identifikasi hubungan/kaitan antar unit penunjang dan unit produksi.

(2) Menentukan ukuran dasar alokasi yang akan digunakan, artinya kalau ingin mengalokasikan biaya dari bagian administrasi ke unit lainnya, maka tentukan dahulu ukuran dasar yang akan dipakai, dalam hal ini biasanya jumlah pegawai. Contoh acuan untuk dasar alokasi dari unit penunjang adalah sebagai berikut:

(a) Administrasi: jumlah pegawai

(b) Dapur: jumlah porsi makan

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

(c) Laundry: jumlah potongan pakaian/kg cucian

(d) Kebersihan: jumlah meter persegi luas lantai dan lain-lain.

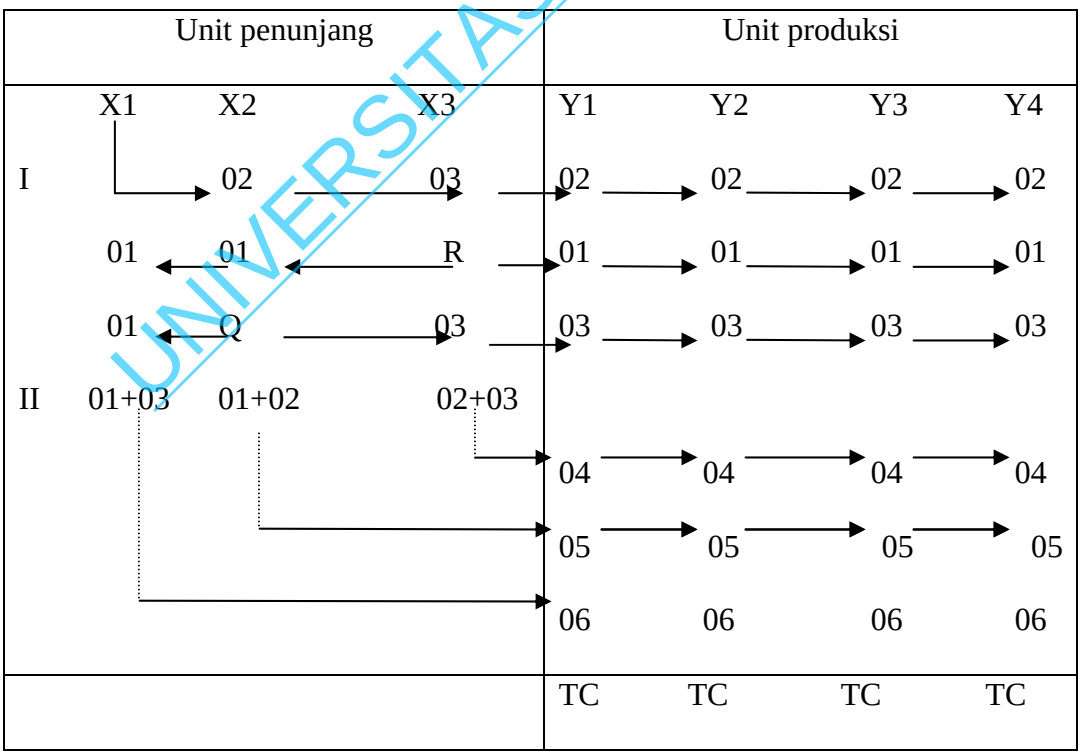
Ukuran dasar alokasi dari unit penunjang biasanya dapat ditentukan dan disepakati bersama dengan pihak rumah sakit. Salah satu metode yang digunakan dalam melakukan distribusi biaya adalah *Double Distribution* (Metode Distribusi Ganda), yaitu metode pengalokasian biaya pada pusat biaya penunjang dan di distribusikan kepada pusat biaya produksi melalui dua kali pentahapan yaitu :

- Tahap I: Distribusi kepada sesama biaya penunjang pusat biaya produksi.
- Tahap II: Distribusi pusat biaya produksi.

Seperti pada gambar di bawah ini:

Ganbar 2.2

Alur Distribusi *Double Distribution*



UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Keterangan:

I adalah Distribusi kesatu, II adalah distribusi kedua, X adalah biaya asli masing-masing unit penunjang. Y adalah biaya asli masing-masing unit produksi. 01,02,03 adalah biaya distribusi pertama berdasarkan bobot tertentu. 04,05,06 hasil distribusi kedua berdasarkan bobot tertentu. TC adalah total cost yang didapat dengan menjumlahkan 01,02,03,04,05,06 dengan Y, biaya asli unit produksi dengan hasil distribusi pertama dan kedua (JPKM, Dirjen PKM Dep.kes 2002).

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

G. Kemampuan Membayar 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 rumah sakit unutk meningkatkan tarifnya. Namun bila masyarakat memiliki *consumer surplus* (misalnya tampak pada pengeluaran untuk hal-hal yang non primer seperti rokok, rekreasi dan lain-lain, untuk sementara untuk kesehatan masih relatif rendah) maka dapat diharapkan kenaikan tarif dengan mempertimbangkan berapa kemampuan dan kemauan membayar masyarakat.

Ada beberapa konsep tentang kemampuan membayar masyarakat, pertama kemampuan untuk membayar pelayanan kesehatan diperkirakan sama dengan 5% pengeluaran rumah tangga untuk non makanan. Kedua dengan menghitung berapa besar pengeluaran rumah tangga untuk hal-hal yang bersifat tidak essensial *(non-essential household expenditure)* misalnya: pengeluaran untuk rokok, alkohol, kosmetika, hiburan/rekreasi dan lain-lain. Asumsinya kalau rumah tangga mampu mengeluarkan uang untuk hal-hal yang bersifat tidak essensial tersebut, seharusnya ia juga mampu mengeluarkan uang untuk biaya kesehatan sejumlah total pengeluaran yang non essensial tersebut.

G. Alokasi Biaya.

Alokasi biaya adalah pembebanan biaya dari unit penunjang (*cost center*) ke pada unit produksi (*revenue center*). Tujuan utama dari pengalokasian biaya adalah untuk menentukan biaya keseluruhan yaitu, biaya langsung, biaya tak langsung dan biaya alokasi yang dipakai oleh unit-unit kerja di lingkungan rumah sakit. Disamping

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

UNIVERSITAS TERBUKA

itu alokasi biaya digunakan sebagai dasar perhitungan *unit cost* dari tarif. Metoda-metoda yang digunakan sebagai dasar perhitungan *unit cost* antara lain:

A. *Simple Distribution* atau *Direct Appoiment*.

Dilakukan dengan cara membagi habis seluruh biaya yang terdapat pada unit penunjang ke unit produksi secara langsung dengan menggunakan asumsi pembobotan tertentu, untuk biaya pegawai langsung didistribusikan ke unit produksi sesuai dengan jumlah pegawai dan lain-lain.

B. Metode *multiple distribusi*

Disebut juga metode aljabar adalah dengan cara membagi biaya dari unit penunjang ke unit produksi dalam beberapa tahap, dimana dilakukan pendistribusian biaya antar unit penunjang dan unit produksi sebelum akhirnya biaya total di unit-unit penunjang dibagi habis ke unit-unit produksi.

C. Metode *Step down*

Metode ini adalah membagi biaya dari unit penunjang ke unit produksi melalui dua tahap, dimana mula-mula dilakukan alokasi antar unit penunjang, kemudian biaya yang diterima biaya dari unit penunjang dibawahnya digabung dengan biaya asli unit penunjang 2 tersebut, baru dialokasikan ke unit produksi dengan dasar pembobotan yang sama.

D. Metode Distribusi Ganda (*Double distribution*)

Variabel-variabel yang di pakai untuk menghitung biaya satuan menggunakan metode distribusi ganda adalah: biaya langsung (*direct cost),* biaya tidak langsung *(indirect cost),* biaya tetap *(fixed cost*), biaya tidak tetap *(variabel cost),* biaya investasi. Langkah kegiatan dalam analisis biaya menggunakan metode distribusi ganda dilakukan dalam dua tahap. Tahap pertama semua biaya yang telah

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

dikumpulkan pada salah satu unit penunjang dialokasikan pada unit penunjang lainnya dan unit produksi. Dengan demikian unit penunjang juga mempunyai kemungkinan menerima alokasi biaya dari unit penunjang lainnya. Kemudian untuk tahap kedua, biaya yang telah dialokasikan pada tahap pertama dialokasikan kembali ke unit produksi. Sehingga biaya yang telah dialokasikan pada tahap satu habis terbagi kedalam unit produksi, seperti gambar dibawah ini:

Gambar 2.3 Metode Distribusi Ganda (*Double Distribution)*

Alokasi	**Unit penunjang**			**Unit produksi**				
	Adm	**Gizi**	**Laundri**	**Vip**	**I**	**II**	**III/A**	**III/B**
	X1	X2	X3	Y	Y	Y	Y	Y
Alokasi ke 1		X1	X1	X1	X1	X1	X1	X1
	X2		X2	X2	X2	X2	X2	X2
	X3	X3		X3	X3	X3	X3	X3
Jumlah1	Z1	Z2	Z3	YX123	YX123	YX123	YX123	YX123
Alokasi ke 2				Z3	Z3	Z3	Z3	Z3
				Z2	Z2	Z2	Z2	Z2
				Z1	Z1	Z1	Z1	Z1
Jumlah 2				XYZ	XYZ	XYZ	XYZ	XYZ

Keterangan:

Alokasi 1 adalah distribusi pertama, alokasi 2 adalah distribusi kedua, X adalah biaya asli masing-masing unit penunjang. Y adalah biaya asli masing-masing unit produksi. X1, X2, X3, adalah biaya distribusi pertama. Z1, Z2, Z3 adalah biaya distribusi kedua. XYZ adalah *total cost* yang didapat dengan menjumlahkan X1, X2, X3, Z1, Z2, Z3 dengan Y, biaya asli unit produksi dengan hasil distribusi pertama dan distribusi kedua.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

I. Faktor yang mempengaruhi *unit cost*

Untuk dapat menetapkan *unit cost* pelayanan yang dapat menjamin total pendapatan yang tidak lebih rendah dari total pengeluaran, banyak faktor yang perlu dipertimbangkan, secara umum dapat dibedakan atas dua macam, yaitu:

1. Biaya Investasi

   Untuk suatu rumah sakit, biaya investasi (*investment cost*) yang terpenting adalah biaya pembangunan gedung, pembelian peralatan medis dan non medis, serta biaya pendidikan dan pelatihan tenaga pelaksana. Tergantung dari besarnya biaya investasi, rencana titik impas balik (*break event point*), jangka waktu pengembalian modal (*return of investment*) serta perhitungan masa kadaluarsa (*depreciation period*) maka tarif pelayanan suatu sarana kesehatan dapat berbeda dengan sarana kesehatan lainnya. Secara umum disebutkan jika biaya investasi tersebut adalah besar, rencana titik impas, jangka waktu pengembalian biaya investasi serta perhitungan masa kadaluarsa terlalu singkat, maka tarif pelayanan yang diterapkan akan cenderung mahal.

2. Biaya Kegiatan Rutin

   Untuk sarana kesehatan, biaya kegiatan rutin (*operational cost*) yang dimaksud di sini mencakup semua biaya yang dibutuhkan untuk menyelenggarakan berbagai kegiatan. Jika ditinjau dari kepentingan pemakai jasa pelayanan, maka biaya kegiatan rutin ini dapat dibedakan atas 2 (dua) macam yaitu:

   a. Biaya untuk kegiatan yang berhubungan langsung dengan kebutuhan pelayanan kesehatan (*direct cost*), yang meliputi pada tindakan yang dilakukan dan juga pada pelayanan yang dipergunakan. Sehingga jika pelayanan kesehatan

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

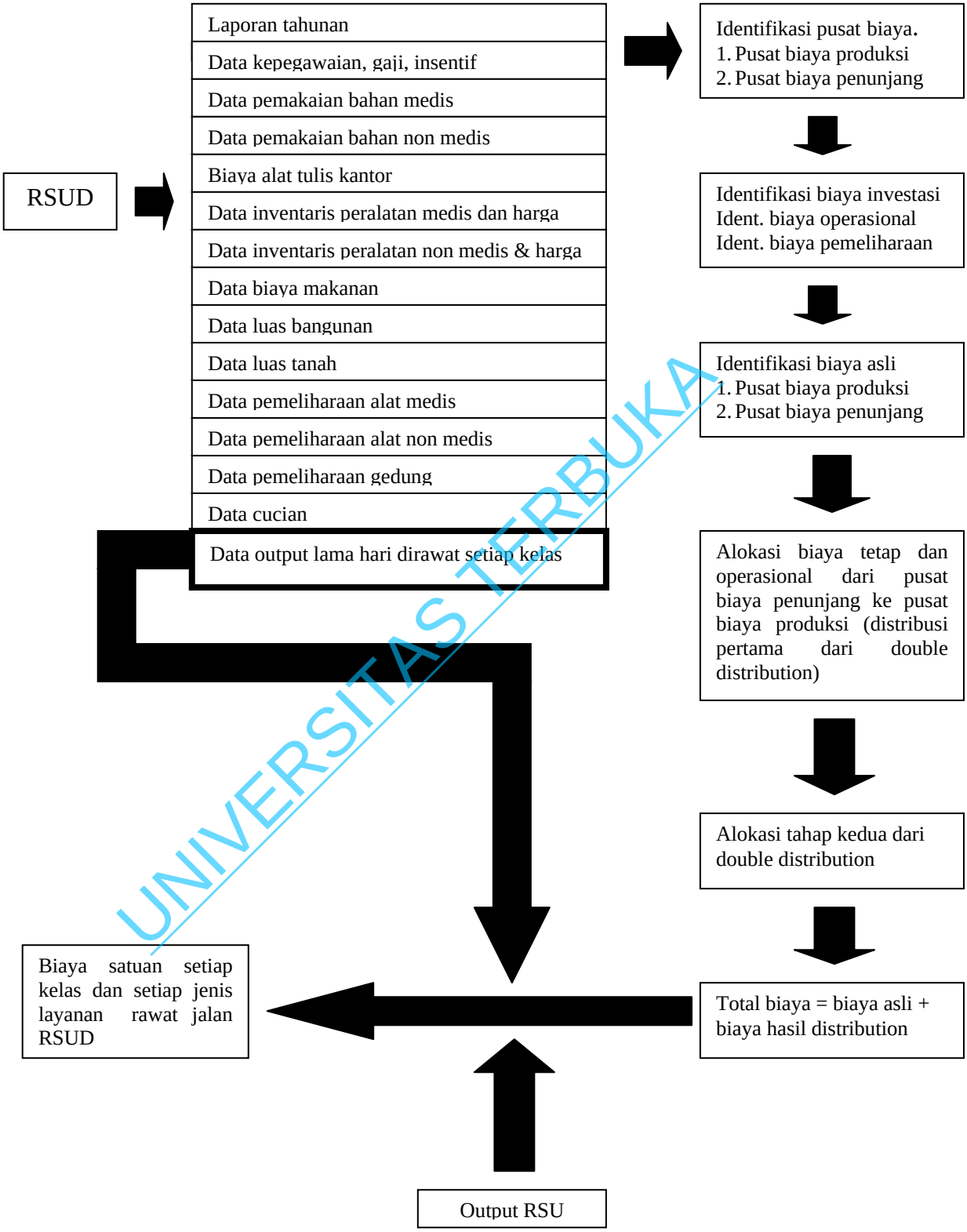
tersebut memerlukan tindakan yang lebih sulit serta peralatan yang lebih canggih, maka tarif yang ditetapkan untuk jenis pelayanan kesehatan tersebut umumnya lebih tinggi.

b. Biaya untuk kegiatan yang tidak berhubungan langsung dengan kebutuhan pelayanan kesehatan (*indirect cost*). Ke dalam biaya ini termasuk gaji karyawan, pemeliharaan bangunan dan peralatan, pemasangan rekening listrik dan air dan lain sebagainya. Secara umum disebutkan jika biaya kegiatan tidak langsung ini tinggi, misalnya karena pengolahan yang tidak efisien pasti akan mempengaruhi terhadap tingginya tarif pelayanan.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Bagan perhitungan *unit cost*



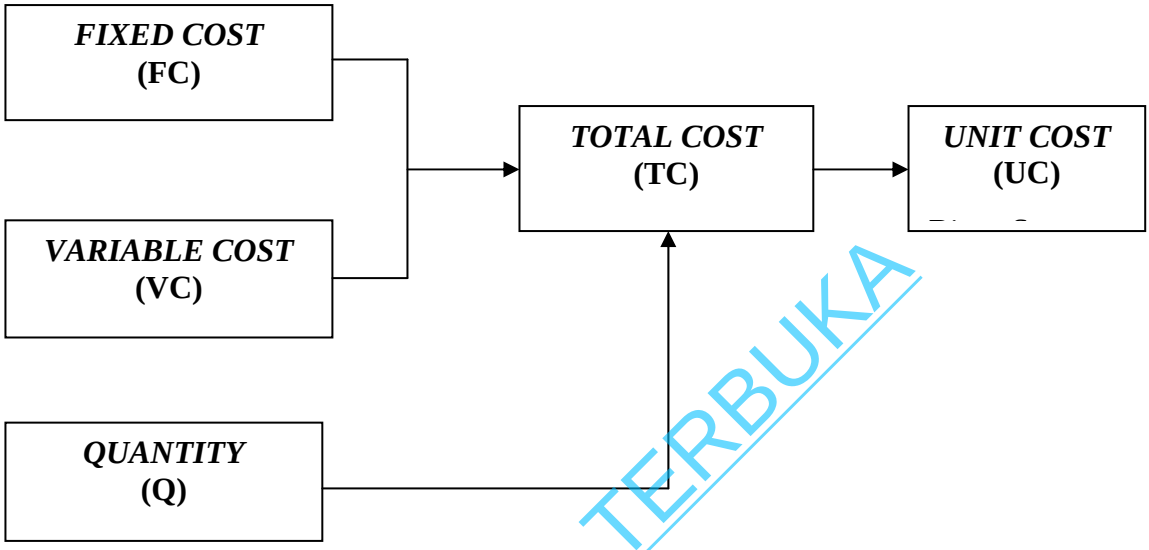
UNIVERSITAS TERBUKA

Gambar 2.4 Bagan perhitungan *unit cost*

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

J.Kerangka Konsep

Kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut.



Gambar 2.5 Kerangka konsep penelitian

Dengan menghitung biaya satuan (*unit cost*) diharapkan dapat menerapkan suatu tarif kelas rawat inap yang sesuai.

Biaya total (*total cost*) adalah jumlah dari biaya tetap (*fixed cost*) dan biaya tidak tetap (*variabel cost*) yang terdapat pada unit penunjang maupun unit produksi. Biaya satuan (*unit cost*) adalah biaya yang dihitung untuk satu satuan produk pelayanan dengan melakukan penelusuran biaya (*cost finding*) dan mendistribusikan biaya tidak langsung kepada biaya langsung yang pengalokasiannya dengan menggunakan metode distribusi ganda.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

K. Peraturan daerah (Perda)

Adalah naskah dinas yang berbentuk peraturan perundang-undangan, yang mengatur urusan otonomi daerah dan tugas pembantuan atau untuk mewujudkan kebijaksanaan baru, melaksanakan peraturan perundang-undangan yang lebih tinggi dan menetapkan sesuatu organisasi dalam lingkungan Pemerintah daerah yang ditetapkan oleh Kepala Daerah dengan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat Daerah. Peraturan daerah No. 2 tahun 2010 berisikan tentang retribusi (tarif) pelayanan kesehatan Rumah sakit umum daerah Puri Husada Tembilahan.

L. Landasan penyusunan tentang peraturan daerah No. 2 tahun 2010 adalah:

1. Undang-undang Nomor 32 tahun 2004 tentang pemerintahan daerah
2. Undang-undang Nomor 32 tahun 2004 tentang pemerintahan daerah. (Pasa113 s.d Pasa1147).
3. Undang-Undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
4. Undang-Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah sakit.
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 16 Tahun 2006 tentang Prosedur Penyusunan Produk hukum daerah.

Peraturan daerah No. 2 tahun 2010 tentang retribusi pelayanan kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan dibuat untuk petunjuk dan pedoman pungutan retribusi (tarif) atas pemberian pelayanan kesehatan di rumah sakit. Obyek retribusi adalah pemberian pelayanan kesehatan di rumah sakit umum daerah Puri Husada Tembilahan. Subjek retribusinya adalah orang pribadi atau badan hukum yang memperoleh pelayanan kesehatan di rumah sakit.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

BAB III
METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggambarkan perbandingan biaya satuan rawat inap yang sudah ada dengan tarif retribusi pelayanan kesehatan di rumah sakit, dengan menggunakan jenis penelitian *deskriptif kuantitatif* yaitu menggambarkan biaya suatu pelayanan kesehatan di unit rawat inap rumah sakit umum Puri Husada Tembilahan pada tahun 2010 dengan tarif retribusi pelayanan kesehatan dirumah sakit, komponen atau struktur biaya yang digunakan dengan menggunakan pendekatan kebijakan publik dan ilmu ekonomi.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Januari tahun 2010 sampai dengan bulan Desember tahun 2010 di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan, agar Rumah Sakit dapat menerapkan sebagai unit sawdana/Badan layanan Umum Daerah (BLUD), sehingga dapat meningkatkan kemandirian rumah sakit bersangkutan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat, serta rumah sakit diberi wewenang untuk memanfaatkan potensi pasar dan sekaligus menggunakan pendapatannya untuk berbagai keperluan pembiayaan khususnya biaya operasional dan pemeliharaan**.**

C. Jenis dan sumber data

Pengumpulan data dilakukan secara terstruktur dengan menggumpulkan data tahun anggaran sebelumnya, dengan formulir isian yang telah disediakan berdasarkan data sekunder dari Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan, yaitu biaya operasional/pemeliharaan pada periode anggaran tahun

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

UNIVERSITAS TERBUKA

2010, dan untuk biaya investasi (pengadaan barang/bangunan yang masa penggunaannya lebih dari satu tahun) dihitung *Annualized Investment Cost*-nya sejak investasi barang/bangunan itu dikeluarkan/dibangun. Tahap pertama dilakukan adalah penemuan biaya satuan (*cost finding*) dengan cara mendistribusikan biaya tidak langsung (*indirect cost*) pada biaya langsung (*direct cost*) sehingga diperoleh biaya asli atau semua biaya yang terpakai diunit penunjang (bagian direksi, instalasi gizi, instalasi farmasi, instalasi pemeliharaan sarana dan *loundry)* didistribusikan ke unit produksi (unit perawatan intensif, instalasi rawat inap sri mujinab, VIP, bedah, interna, kelas I, II dan kelas III, instalasi laboratorium, radiologi, gawat darurat dan kamar operasi). Untuk mengalokasikan biaya tersebut menggunakan metode distribusi ganda (*Double distribution*).

Selanjutnya langkah-langkah yang akan dilakukan adalah sebagai berikut:

1. Langkah pertama: dipilih satuan waktu untuk penghitungan biaya, yaitu satu tahun anggaran tahun 2010.
2. Langkah kedua: dilakukan identifikasi pusat-pusat biaya pelayanan dan pendukung/penunjang pada unit rawat inap rumah sakit.
3. Langkah ketiga: dilakukan identifikasi komponen biaya tetap (biaya investasi) dan biaya tidak tetap (biaya operasional dan pemeliharaan).
4. Langkah keempat: pengumpulan data biaya rumah sakit dan data barang inventaris/investasi.
5. Langkah kelima: menghitung biaya investasi yang disetahunkan.
6. Langkah keenam: mengalokasikan biaya-biaya tetap dan biaya tidak tetap pada pusat biaya penunjang dan pusat biaya produksi.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

7. Langkah ketujuh: melakukan pendistribusian biaya dengan metode distribusi ganda (*Double distribution*).
8. Langkah kedelapan: perhitungan biaya satuan normatif pada unit rawat inap rumah sakit umum Puri Husada Tembilahan.

Satuan kerja yang dilibatkan dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut:

a. Urusan anggaran mengenai realisasi anggaran.
b. Urusan dana intern mengenai pendapatan fungsional rumah sakit.
c. Bendaharawan gaji mengenai gaji/upah.
d. Urusan bendaharawan material mengenai penerimaan barang.
e. Urusan kepegawaian mengenai jumlah personil dan status kepegawaian.
f. Urusan rekam medik mengenai jumlah hari rawatan.
g. Urusan rumah tangga dan IPSRS (Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit) mengenai peralatan dan bangunan (tahun dibangun, tahun rehabilitasi, harga bangunan dan luas lantai).
h. Instalasi gizi mengenai distribusi porsi makanan/snack.
i. Instalasi farmasi mengenai distribusi obat/bahan/alat kesehatan.

D. Definisi operasional variabel

1. Tarif adalah besarnya dana yang harus dikeluarkan oleh konsumen/pasien atau pengguna jasa rumah sakit untuk memperoleh jasa pelayanan rawat inap yang besarnya dengan peraturan yang berlaku pada RSUD Puri Husada Tembilahan dimana pasien tersebut dirawat. Besarnya sesuai dengan peraturan yang berlaku pada RSUD Puri Husada Tembilahan dimana pasien tersebut dirawat.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

2. Biaya satuan actual (*Unit actual unit*) adalah *total cost* dibagi *Quantity*.
3. Biaya satuan Normative (*Unit cost normative*) adalah *total fixed cost* dibagi dengan *capacity* ditambah dengan *total variabel cost* dibagi dengan jumlah produksi (*quantity).*
4. Biaya satuan (*Unit cost*) adalah *total cost* biaya operasional dan pemeliharaan dibagi produksi *(quantity*).
5. Biaya Total (*Total Cost*) adalah biaya yang dikeluarkan dari unit produksi yang terdiri dari penjumlahan biaya tetap dengan biaya variabel dihitung selama tahun 2010.
6. Biaya tetap (*fixed cost*) adalah biaya yang secara relatif tidak dipengaruhi oleh jumlah produksi (output).Diukur dengan uang untuk mempersiapkan dan memberikan pelayanan di rumah sakit, yang sifatnya relatif tetap atau tidak berubah bila dihubungkan dengan naik turunnya keluaran.
7. Biaya Tidak Tetap *(Variabel Cost*) adalah biaya yang dipengaruhi oleh banyaknya output.
8. *Quantity* adalah jumlah keluaran pelayanan kesehatan yang telah dilaksanakan yaitu berupa jumlah hari rawat untuk rawat inap selama tahun 2010 di RSUD Puri Husada Tembilahan.
9. *Capacity* adalah jumlah keluaran pelayanan optimal yang dinyatakan dalam angka penggunaan tempat tidur ruangan dalam satu tahun, yaitu jumlah tempat tidur x 365 hari.
10. Kelas perawatan adalah ruangan dimana pasien dirawat selama sakit yang terdiri dari kelas VIP, Pavilliun Sri Mujinab, ICU, I, II, III, rawat inap

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

bedah, anak, kebidanan dan masing-masing kelas tersebut berbeda tarifnya.

11. Pengguna jasa pelayanan Rumah Sakit adalah pasien yang datang ke RSUD Puri Husada Tembilahan untuk berobat dan dirawat di ruang perawatan.
12. Cost Recovery adalah tingkat sejauh mana pendapatan unit pelayanan kesehatan dapat menutupi biaya yang dikeluarkan

E. Metode Analisa Data

Analisis biaya dilakukan dengan analisa tabel serta perhitungan secara kualitatif dengan menggunakan metode distribusi ganda yaitu: dengan menghitung biaya langsung (*direct cost),* biaya tidak langsung *(indirect cost),* biaya tetap *(fixed cost*), biaya tidak tetap *(variabel cost),* biaya investasi. Langkah dalam analisis biaya menggunakan metode distribusi ganda dilakukan dalam dua tahap. Tahap pertama semua biaya yang telah dikumpulkan pada salah satu unit penunjang dialokasikan pada unit penunjang lainnya dan unit produksi. Dengan demikian unit penunjang juga mempunyai kemungkinan menerima alokasi biaya dari unit penunjang lainnya. Kemudian untuk tahap kedua, biaya yang telah dialokasikan pada tahap pertama dialokasikan kembali ke unit produksi. Sehingga biaya yang telah dialokasikan pada tahap satu habis terbagi kedalam unit produksi,. Untuk proses pengumpulan data dan mengelompokkan data keuangan rumah sakit menghitung biaya satuan jasa pelayanan yang diberikan rumah sakit atau proses pengalokasian semua biaya-biaya (investasi/operasional) kepada pusat-pusat biaya (*cost center*) yang menghasilkan produksi (*revenue center*). Dimana metode distribusi ganda ini berguna untuk menghitung biaya

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

sesungguhnya (*actual cost*), kedua biaya satuan *normatif* (*normatif cost*) dan ketiga dengan menghitung biaya satuan *variabel* (tanpa menghitung biaya AFC dan gaji).

F. Hasil evaluasi kebijakan peraturan daerah No.2 tahun 2010

Hasil evaluasi kebijakan peraturan daerah No.2 tahun 2010 berupa penaksiran (*appraisal*), pemberian angka (*rating*) dan penilaian (*assesment*). Evaluasi berkenaan dengan produksi informasi mengenai nilai atau manfaat hasil kebijakan. Evaluasi pemberi informasi yang valid dan dapat dipercaya mengenai kinerja kebijakan, yaitu seberapa jauh kebutuhan, nilai dan kesempatan telah dapat dicapai melalui tindakan publik. Evaluasi pada perumusan dilakukan pada sisi post tindakan, yaitu lebih pada proses perumusan daripada muatan kebijakan yang biasanya hanya menilai apakah prosesnya sudah sesuai dengan prosedur yang sudah disepakati.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

BAB IV
TEMUAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran umum lokasi penelitian

Rumah sakit umum daerah (RSUD) puri husada Tembilahan adalah RSUD milik pemerintah daerah kabupaten Indragiri hilir yang keberadaannya sejak tahun 1950 berawal dari rumah sakit tanpa kelas dengan nama rumah sakit pembantu yang berkedudukan di kecamatan Tembilahan kabupaten Indragiri dengan ibukotanya Rengat. Dengan perkembangan penduduk dan pemekaran wilayah maka pada tahun 1967 terbentuklah Kabupaten Indragiri Hilir dengan ibukotanya Tembilahan dan sejak itulah kemudian Rumah Sakit Pembantu Tembilahan berubah menjadi rumah sakit umum (RSU) Tembilahan dengan 2 (dua) bangsal laki-laki dan bangsal perempuan yang beralamatkan di Jalan M. boya No. 20 Tembilahan.

Tahun 1982 rumah sakit umum Tembilahan mendapat bangunan baru di atas sebuah areal tanah yang berlokasi di jalan veteran No. 52 Tembilahan dengan status rumah sakit type D. Sejak ditempatkannya 4 jenis dokter spesialis dasar yaitu spesialis penyakit dalam, spesialis penyakit bedah, spesialis penyakit anak dan spesialis penyakit kebidanan dan kandungan, maka klasifikasi RSUD Puri Husada Tembilahan meningkat menjadi RSUD type C dan dikukuhkan oleh Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 193/Menkes/SK/II/1993 tanggal 25 Februari 1993 dan keputusan ini ditindak lanjuti dengan Keputusan Bupati Kabupaten Indragiri Hilir No. Kpts 177/VII/HK/1994 tanggal 23 Agustus 1994.

Tahun 2000 sampai dengan sekarang RSUD puri husada Tembilahan mendapat tambahan dokter spesialis, hingga saat ini RSUD puri husada

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Tembilahan telah memiliki 9 (sembilan) orang dokter spesialis yaitu; spesialis penyakit dalam (2 orang), spesialis penyakit bedah (1 orang), spesialis penyakit anak (1 orang), spesialis penyakit kebidanan dan kandungan (2 orang), spesialis syaraf (1 orang), spesialis mata (1 orang), spesialis THT (1 orang). Adapun cakupan rujukan RSUD Puri Husada Tembilahan meliputi puskesmas yang ada di Kabupaten Indragiri Hilir. Luas wilayah cakupan RSUD puri husada Tembilahan adalah Kabupaten Indragiri Hilir lebih kurang 11.605,97 km^2, yang terdiri dari 20 kecamatan yang terbagi dalam 18 kelurahan dan 193 desa jumlah penduduk keseluruhan 645.512 jiwa dengan jumlah rumah tangga 153.600 rumah tangga Kabupaten Indragiri Hilir terletak antara 0^0.36 lintang utara sampai 1^0.07 lintang selatan dan 102^0.32 - 104^0.10 bujur timur dengan batas:

- sebelah utara : Kabupaten Kampar
- sebelah selatan: Kabupaten Tanjung Jabung Timur (Propinsi Jambi)
- sebelah barat : Kabupaten Indragiri Hulu
- sebelah timur: Propinsi Kepulauan Riau

Sebagai rumah sakit umum milik pemerintah daerah kabupaten Indragiri Hilir, RSUD puri husada Tembilahan mengemban tugas untuk mendukung visi, misi dan tujuan strategis kabupaten Indragiri Hilir dalam program pembangunan di bidang kesehatan, yaitu:

1. Meningkatkan upaya pemeliharaan kesehatan masyarakat terutama masyarakat miskin melalui peningkatan kualitas gizi masyarakat, kegiatan penyuluhan dan pengembangan pola hidup sehat.
2. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat melalui peningkatan prasarana dan sarana kesehatan, penyediaan obat-obatan yang

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

cukup, penyediaan peralatan medis dan non medis yang memadai serta penyediaan tenaga kesehatan berkualifikasi spesialis yang lebih banyak dan menyebar ke seluruh wilayah.

3. Meningkatkan kualitas dan kuantitas tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat) melalui pemberian peluang untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan, perbaikan terhadap tingkat kesejahteraan, sistem karir dan penyediaan peralatan bantu yang memadai.

B. Struktur organisasi dan tata kerja, kedudukan,tugas pokok, fungsi dan kewenangan RSUD puri husada Tembilahan

Berdasarkan peraturan daerah (Perda)nomor : 31 tahun 2008 tentang Struktur organisasi dan tata kerja rumah sakit umum daerah puri husada Tembilahan, rumah sakit umum daerah Tembilahan adalah instansi pelaksana teknis daerah yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Bupati Indragiri hilir berbentuk kantor.Rumah sakit umum daerah puri husada Tembilahan dipimpin oleh seorang Direktur Pejabat setingkat Eselon III berjumlah 5 (lima) orang masing-masing kepala bidang memiliki 2 (dua) orang Kepala Seksi dan dibawah kepala tata usaha terdapat tiga kepala sub bagian sehingga pejabat eselon IV berjumlah 9 (Sembilan) orang adalah :

1. Direktur

Direktur rumah sakit umum daerah mempunyai tugas memimpin, merencanakan, membina mengkoordinasikan dan mengawasi serta mengevaluasi pelaksanaan tugas sesuai dengan peraturan perundangan-undangan yang berlaku.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

2. Bagian tata usaha

Bagian tata usaha mempunyai tugas pokok melaksanakan sebagian tugasdirektur lingkup penatausahaan dan kesekretariatan.Dalam melaksanakan tugas pokoknyabagian tata usaha melaksanakan fungsi:

a. Mengkoordinasikan penyusunan rencana program/kegiatan rumah sakit
b. Pelaksanaan pelayanan administrasi umum dan kepegawaian
c. Pelaksanaan pelayanan administrasi keuangan dan perlengkapan.
d. Pelaksanaan pelayanan perencanaan dan pengendalian.
e. Pembinaan, monitoring, evaluasi dan pelaporan kegiatan administrasi penatausahaan.

3. Sub bagian umum dan kepegawaian

Sub bagian umum dan kepegawaian mempunyai tugas pokok melaksanakan sebagian tugas bagian tata usaha lingkup administrasi umum dan kepegawaian.Dalam melaksanakan tugas pokoknyasub bagian umum dan kepegawaian melaksanakan fungsi:

a. Penyusunan bahan rencana dan program kegiatan lingkup administrasi umum dan pengelolaan data kepegawaian.
b. Pengelolaan administrasi umum, yang meliputi naskah dinas, penataan kearsipan administrasi rumah sakit dan administrasi perjalanan dinas.
c. Pelaksanaan keamanan dan ketertiban lingkungan rumah sakit serta operasional dan pengendalian ambulance.
d. Melaksanakan administrasi kepegawaian yang meliputi penyusunan rencana dan bahan, penyusunan daftar urut kepangkatan.
e. Melaksanakan pengusulan kenaikan pangkat, izin/cuti.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

f. Melaksanakan pembinaan ketenagaan serta mutasi dilingkungan rumah sakit.

g. Melakukan evaluasi dan pelaporan administrasi umum dan kepegawaian.

4. Sub bagian keuangan dan perlengkapan

Sub bagian keuangan dan perlengkapan mempunyai tugas pokok melaksanakan sebagian tugas bagian tatausaha lingkup keuangan dan perlengkapan. Dalam melaksanakan tugas pokoknya sub bagian keuangan dan perlengkapan mempunyai fungsi:

a. Penyusunan rencana dan program sub bagian keuangan dan perlengkapan.

b. Membuat usulan penggunaan anggaran dan belanja rumah sakit.

c. Melaksanakan administrasi keuangan, perbendaharaan, verifikasi, pengendalian, laporan dan pertanggung jawaban keuangan.

d. Melaksanakan administrasi perlengkapan/barang milik negara/daerah.

e. Melaksanakan inventarisasi rumah sakit, laporan periodik barang.

f. Melaksanakan penerimaan/retribusi pelayanan rumah sakit.

g. Melaksanakan pembayaran keuangan.

5. Sub bagian perencanaan dan pengendalian

Sub bagian perencaaan dan pengendalian mempunyai tugas pokok melaksanakan sebagian tugas bagian tata usaha lingkup Perencanaan dan Pengendalian.Dalam melaksanakan tugas pokoknyasubbagian perencanaan dan pengendalian melaksanakan fungsi:

a. Melaksanakan pengelolaan data kebutuhan perencanaan.

b. Penyusunan rencana program dan kegiatan rumah sakit.

c. Melaksanakan pengendalian pelaksanaan program dan kegiatan rumah sakit.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

d. Penyusunan pelaporan kinerja rumah sakit.

e. Melaksanakan monitoring dan evaluasi pelaksanaan program dan kegiatan rumah sakit.

6. Bidang pelayanan keperawatan

Bidang pelayanan keperawatan mempunyai tugas pokok melaksanakan sebagian tugas direktur lingkup bidang keperawatan.Dalam melaksanakan tugas pokoknya bidang pelayanan keperawatan melaksanakan fungsi:

a. Pelayanan keperawatan.

b. Etika dan mutu keperawatan.

7. Kepala seksi pelayanan keperawatan

Kepala seksi pelayanan keperawatan mempunyai tugas pokok melaksanakan sebagian tugas bidang pelayanan keperawatan.Dalam melaksanakan tugas pokoknya kepala seksi pelayanan keperawatan mempunyai fungsi:

a. Melaksanakan pengelolaan logistik dan tenaga keperawatan.

b. Melaksanakan pengawasan dan pengendalian kegiatan pelayanan keperawatan.

c. Melaksanakan pengawasan asuhan keperawatan.

d. Melaksanakan monitoring dan evaluasi pelayanan keperawatan.

8. Kepala seksi etika dan mutu keperawatan

Kepala seksi etika dan mutu keperawatan mempunyai tugas pokok melaksanakan sebagian tugas bidang pelayanan keperawatan.Dalam melaksanakan tugas pokok sebagaimana dimaksud ayat (1), kepala seksi etika dan mutu keperawatan melaksanakan fungsi:

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

a. Melaksanakan pengawasan, pembinaan etika dan mutu pelayanan keperawatan.
b. Melaksanakan koordinasi pendidikan dan pelatihan tenaga keperawatan.
c. Menyusun rencana pengembangan jenjang karir tenaga keperawatan.
d. Mengkoordinir penyusunan standar prosedur tetap pelayanan keperawatan.
e. Mengkoordinir mobilisasi/transfer pasien.
f. Koordinator klinikal instruktur.

9. Bidang pelayanan medis dan penunjang medis

Bidang pelayanan medis dan penunjang medis melaksanakan tugas pokok melaksanakan sebagian tugas direktur lingkup bidang pelayanan medis dan penunjang medis.Dalam melaksanakan tugas pokoknya bidang pelayanan medis dan penunjang medis melaksanakan fungsi:

a. Pelayanan medis dan pencegahan
b. Pelayanan penunjang medis.

10. Kepala seksi pelayanan dan pencegahan

Kepala seksi pelayanan medis dan pencegahan melaksanakan tugas pokok melaksanakan sebagian tugas bidang pelayanan medis dan penunjang medis.Dalam melaksanakan tugas pokoknya kepala seksi pelayanan medis dan pencegahan melaksanakan fungsi:

a. Pembinaan etika dan mutu pelayanan medis.
b. Mengkoordinir pendidikan dan pelatihan pengembangan karir tenaga medis.
c. Penyusunan dan pemantauan pelaksanaan standar prosedur tetap pelayanan medis.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

d. Perencanaan kebutuhan tenaga pelayanan medis.

e. Perencanaan kebutuhan peralatan dan bahan kesehatan.

f. Melaksanakan kesehatan dan keselamatan kerja

g. Melaksanakan pencegahan infeksi nosokomial dan penyakit menular.

h. Melaksanakan surveilans.

11. Kepala seksi pelayanan penunjang medis

Kepala seksi pelayanan penunjang medis mempunyai tugas pokok melaksanakan sebagian tugas bidang pelayanan penunjang medisdalam melaksanakan tugas pokoknya kepala seksi pelayanan penunjang medis melaksanakan fungsi:

1. Perencanaan pengelolaan ketenagaan kefarmasian, laboratorium, rehabilitasi medik, gizi, radiographer dan refraksionis.
2. Perencanaan kebutuhan peralatan dan bahan kesehatan penunjang medis.
3. Melaksanakan pemantauan dan pengawasan fasilitas pelayanan penunjang medis.
4. Melaksanakan pembinaan tenaga penunjang medis.
5. Melaksanakan pengembangan karir tenaga penunjang medis.
6. Melaksanakan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan prosedur kerja dan pelayanan penunjang medis.
7. Membuat laporan kegiatan penunjang medis.

12. Bidang penunjang non medik

Bidang penunjang non medik mempunyai tugas pokok melaksanakan sebagiantugas direktur lingkup bidang penunjang non medik.Dalam

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

melaksanakan tugas pokoknya bidang penunjang non medik melaksanakan fungsi:

1. Rekam medik dan pelaporan
2. Instalasi dan pemeliharaan

13. Kepala seksi rekam medik dan pelaporan

Sub bidang rekam medik dan pelayanan melaksanakan tugas pokok sebagian tugas bidang penunjang non medik.Dalam melaksanakan tugas pokoknya kepala seksi rekam medik dan pelaporan melaksanakan fungsi:

a. Melaksanakan koordinasi perencanaan kebutuhan rekam medik dan pelaporan.
b. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan harian, bulanan,triwulan dan tahunan.
c. Melaksanakan administrasi rujukan pasien.
d. Melaksanakan administrasi legislasi dan kir kesehatan.
e. Melaksanakan administrasi visum etrepertum dan melaksanakan registrasi.

14. Kepala seksi instalasi dan pemeliharaan

Sub bidang instalasi dan pemeliharaan melaksanakan tugas pokok sebagian tugas bidang penunjang non medik.Dalam melaksanakan tugas pokoknya kepala seksi instalasi dan pemeliharaan melaksanakan fungsi:

a. Menyusun kebutuhan instalasi dan pemeliharaan.
b. Melaksanakan pemeliharaan sarana dan prasarana.
c. Melaksanakan pemeliharaan peralatan kesehatan.
d. Mengkoordinir petugas cleaning service dan kesehatan lingkungan.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

e. Melaksanakan pemantauan dan evaluasi kegiatan instalasi dan pemeliharaan.

f. Membuat laporan pelaksanaan kesehatan lingkungan rumah sakit.

g. Melaksanakan kalibrasi peralatan kesehatan

15. Kelompok jabatan fungsional

Kelompok jabatan fungsional mempunyai tugas membantu tugas direktur sesuai keahlian dan atau keterampilan serta kebutuhan kelompok jabatan fungsional terdiri dari: komite medik, dan komite keperawatan.RSUD Puri Husada Tembilahan mempunyai tugas fungsi sebagai berikut:

a. Pelayanan medis.

b. Pelayanan penunjang medis dan non medis.

c. Pelayanan asuhan keperawatan.

d. Pelayanan rujukan.

e. Pendidikan dan pelatihan.

f. Penelitian dan pengembangan.

g. Pelayanan administrasi umum dan keuangan.

Wewenang rumah sakit umum daerah (RSUD) puri husada Tembilahan dalam kegiatannya adalah sebagai berikut:

1. Rumah sakit umum daerah puri husada Tembilahan mempunyai kewenangan untuk memanfaatkan peluang pasar sesuai dengan kemampuan dengan tetap melaksanakan fungsi sosial sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

2. Rumah sakit umum daerah puri husada Tembilahan mempunyai kewenangan untuk melakukan kerja sama dengan pihak ketiga dengan berpedoman kepada peraturan perundang-undangan yang berlaku.
3. Rumah sakit umum daerah puri usada Tembilahan mempunyai kewenangan di bidang perencanaan, pengelolaan personil, keuangan dan perlengkapan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

C. Visi, misi dan strategi RSUD puri husada Tembilahan

Sejalan dengan strategi pembangunan kabupaten Indragiri hilir, RSUD puri husada Tembilahan menyusun rencana strategis RSUD puri husada Tembilahan yang diawali dengan penyusunan visi, misi dan tujuan RSUD Puri Husada Tembilahan. Visi RSUD Puri Husada Tembilahan adalah: "Rumah Sakit Kabupaten yang terbaik di Indonesia Tahun 2025".

Sedangkan misi rumah sakit umum daerah (RSUD) Puri Husada Tembilahan adalah:

1. Meningkatkan pelayanan medis, medis spesialistik dasar, medis spesialistik luas dan sub spesialistik yang bermutu sesuai dengn standar nasional Indonesia yang tertinggi;
2. Meningkatkan pelayanan penunjang medis yang bermutu sesuai dengn standar nasional Indonesia yang tertinggi;
3. Meningkatkan pelayanan penunjang non medis yang bermutu sesuai dengn standar nasional Indonesia yang tertinggi;
4. Meningkatkan pelayanan non medis yang bermutu sesuai dengn standar nasional Indonesia yang tertinggi;
5. Meningkatkan pelaksanakan surveilans penyakit menular;

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

6. Meningkatkan pelayanan administrasi dan akuntabilitas keuangan;
7. Meningkatkan pengelolaan sumber daya manusia yang bermutu sesuai dengan kemampuan dan keahliannya.

D. Tujuan organisasi rumah sakit

Secara umum tujuan organisasi rumah sakit puri husada Tembilahan bertujuan untuk menjabarkan langkah-langkah yang diperlukan untuk mencapai visi pembangunan Kabupaten Indragiri Hilir dengan memperhitungkan berbagai faktor eksternal yang menjadi peluang dan tantangan maupun faktor internal yang menjadi kekuatan dan kelemahan dalam rangka mewujudkan Indragiri hilir sehat dan menuju berjaya dan gemilang tahun 2025.

Perilaku masyarakat Indonesia sehat yang diharapkan adalah yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah resiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat. Selanjutnya kemampuan masyarakat yang diharapkan pada masa depan adalah yang mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu tanpa adanya hambatan, baik yang bersifat ekonomi, maupun non ekonomi. Pelayanan kesehatan bermutu yang dimaksudkan disini adalah pelayanan kesehatan yang memuaskan pemakai jasa pelayanan serta yang diselenggarakan sesuai dengan standar dan etika pelayanan profesi.Diharapkan dengan terwujudnya lingkungan dan perilaku sehat serta meningkatnya kemampuan masyarakat tersebut diatas, derajat kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat dapat ditingkatkan secara optimal.

Melihat visi dan misi kesehatan yang telah dicanangkan dengan paradigma sehat menuju Indonesia sehat 2020 tersebut, secara mikro bahwa upaya

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

pembangunan kesehatan lebih menekankan upaya promotif dan preventif tanpa melupakan upaya kuratif dan rehabilitatif. Secara makro, bahwa setiap upaya pembangunan disemua sektor maupun sub sektor akan memberikan dampak yang positif terhadap lingkungan dan perilaku sehat sehingga dapat mewujudkan Kota Sehat (*Healthy City*) atau Kabupaten Sehat (*Healthy Distric*).

Rumah Sakit merupakan salah satu indikator yang mempunyai dampak politis teknis terhadap terciptanya kota sehat (*Healthy City*) dimaksud, karena rumah sakit sangat potensial menyebabkan dampak negatif terhadap lingkungan dan kesehatan masyarakat. Padahal upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan paripurna dengan menyelenggarakan upaya kuratif, promotif, preventif serta rehabilitatif sebagai bagian integral dari upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.Dengan didasari aturan hukum tersebut, rumah sakit umum daerah puri husada Tembilahan mencoba melakukan pengembangan pelayanan kesehatan secara kualitas dan kuantitas berpedoman kepada rencana strategis menuju rumah sakit sehat, Indragi hilir sehat, Riau sehat serta Indonesia sehat tahun 2020 serta Indragiri hilir berjaya dan gemilang 2025 sesuai dengan visi kabupaten Indragiri hilir.

E. Formulasi Organisasi Rumah Sakit

Anggaran kesehatan yang hanya rata-rata 2,2% dari Produk Domestik Bruto (PDB) atau rata-rata USD 12 – 18 per kapita per tahun. Persentase ini masih jauh dari anjuran Oraginsiasi Kesehatan Sedunia (WHO) yakni paling sedikit 5% dari PDB atau 15% dari APBD per tahun.Mobilisasi sumber pembiayaan kesehatan dari masyarakat masih terbatas serta bersifat perorangan (*out of pocket*). Jumlah

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

masyarakat yang memiliki jaminan pemeliharaan kesehatan masih terbatas, yakni kurang dari 35% penduduk. Metoda pembayaran kepada penyelenggara pelayanan masih didominasi oleh pembayaran tunai, sehingga mendorong penyelenggaraan dan pemakaian pelayanan kesehatan secara berlebihan serta meningkatnya biaya kesehatan. Demikian pula penerapan teknologi canggih dan perubahan pola penyakit sebagai akibat meningkatnya umur harapan hidup akan mendorong meningkatnya biaya kesehatan yang tidak dapat dihindari. Untuk perlu adanya

1. Ligkungan Global

a. Informasi tanpa batas (*Global Information*)

b. Promosi Pelayanan Kesehatan antar Negara

c. Pelayanan Kesehatan dengan Standard Mutu Internasional

d. Sertifikasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan dari Organisasi Mutu Internasional

e. Sertifikasi Mutu Sumber Daya Manusia dari Organisasi Mutu Internasional

f. Sistem Akuntansi berbasis Elektronik (***Web Information***)

g. Sistem Informasi Rumah Sakit berbasis Elektronik (***Web Information***)

2. Strategi Kesehatan

a. Kabupaten Indragiri Hilir mempunyai luas wilayah 11.605,97 KM^2, terdiri dari 20 kecamatan yang terbagi dalam 193 desa/kelurahan. Jumlah penduduk keseluruhan 639.330 jiwa dengan jumlah keluarga 150.027 KK (Inhil dalam angka tahun 2005).

b. Penduduk dengan usia< 5 tahun berjumlah 54.669 jiwa, usia lanjut (>60 tahun) berjumlah 22.190 jiwa, wanita usia subur (15 – 40 tahun) berjumlah 143.067 jiwa. Kelompok ini merupakan kelompok resiko tinggi (*Population High Risk*) terhadap gangguan kesehatan. Dengan melihat banyaknya

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

kelompok resiko tinggi (39,40%), belum termasuk keluarga miskin yang kesemuanya dapat menjadi beban kesehatan yang perlu mendapat perhatian.

c. Dari 100 orang yang meninggal di rumah sakit setelah dirawat lebih dari 24 jam, sebanyak 35 orang meninggal akibat stroke dan serangan jantung.
d. Dari 100 orang yang dirawat ditemukan 24 orang dengan kondisi kurang gizi (anemia).
e. Dari 100 orang yang dirawat sebanyak 67 pasien dari keluarga miskin.
f. Ratio tenaga perawat pada rawat inap 1,2 tenaga untuk setiap tempat tidur

F. Sumber Daya Manusia

Rumah Sakit merupakan organisasi padat karya, modal, dan teknologi, oleh karena itu tenaga yang ada di rumah sakit baik jumlah dan ragamnya banyak sekali, yang dimulai dari tenaga Cleaning Service sampai dengan tenaga profesional atau ahli. Disamping karena rumah sakit merupakan organisasi padat karya maka sangat sensitif terhadap perubahan gaji.Sebagai salah satu ciri khas rumah sakit terdiri dari beberapa kelompok profesi kesehatan.Adapun kelompok profesi kesehatan yang ada di RSUD Puri Husada Tembilahan tersebut semuanya bertujuan guna memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat.Sumber Daya Manusia sampai dengan 31 Desember 2010 untuk mendukung pelaksanaan penyelenggaraan operasionalisasi tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan adalah sebanyak 389 orang.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Komposisi Suber Daya Manusia berdasarkan strata pendidikan, yaitu:

1. Spesialis/Magister (S2) 11 orang
2. Sarjana (S1) 44 orang
3. Sarjana Muda (D III) 194 orang
4. SLTA / D 1 115 orang
5. SLTP / SD 24 orang

Komposisi Sumber Daya Manusia berdasarkan jabatan, yaitu :

1. Pejabat Struktural 11 orang
2. Pejabat fungsional 44 orang
3. Tenaga administrasi/staff 194 orang

Jumlah tenaga/pegawai pada RSUD Puri Husada Tembilahan tahun 2010 adalahsebanyak: 270 orang yang terdiri dari 116 orang pegawai negeri sipil dan 154 tenaga honorer.

G. Sarana Fisik

Luas lahan tanah RSUD Puri Husada Tembilahan: 16.228m^2 dalam tahun 2010 bangunan fisik yang ada saat ini terlihat pada tabel berikut:

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Tabel 4.1 Prasarana Bangunan Gedung Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan Tahun 2010

No.	Nama Bangunan	LuasM^2	Tahun	Keterangan
1.	Gedung Perawatan Bedah	350	2006	Renovasi
2.	Gedung Laboratorium	150	1982	
3.	Gedung Poliklinik	172	1984	
4.	Gedung Rontgen	150	1984	
5.	Gedung Genset	80	1984	
6.	Selasar	1240	1987	
7.	Gedung Operasi	170	1987	
8.	Gedung UGD	200	1987	Rehabilitasi
9.	Gedung Administrasi	150	1989	
10.	Gedung Service	250	1989	
11.	Rumah Dinas Direktur	70	1989	
12.	Gedung Jenazah	70	1989	
13.	Water Tower	ls	1990	
14.	Gedung Kebidanan	294	1991	Renovasi menjadi gedung Ponek
15.	Gedung Perawatan Anak	450	1992	Renovasi menjadi gedung Ponek
16.	Rumah Dinas Dr. Spesialis 1	120	1992	
17.	Rumah Dinas Dr. Spesialis 2	120	1992	
18.	Rumah Dinas Dr. Spesialis 3	70	1993	
19.	Rumah Dinas Dr. Spesialis 4	70	1993	
20.	Rumah Dinas Dr. Spesialis 5	70	2001	
21.	Rumah Dinas Dr. Spesialis 6	70	2001	
22.	Paviliun 1 & 2	70 & 70	1989	
23.	Gedung Perawatan Bedah	350	1995	Renovasi dijadikan gdg P. Neorologi
24.	Gedung Perawatan 2	350	1997	
25.	Gedung SARS	70	2002	
26.	Gedung Administrasi &	1500	2002	
27.	Poliklinik Terpadu	200	2003	
28.	Gedung Fisioterafi	700	2003	
29.	Gedung Perawatan Interne 1	420	2006	
30.	Perawatan Bedah	120	2007	
31.	Rumah Dinas Direktur	80	2007	

Sumber : Laporan Tahunan Kegiatan RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Tabel 4.2 Sarana Fisik Gedung Yang Ada Berdasarkan Fungsi Di Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan Tahun 2010

Nama Bangunan	Luas Lantai	Tahun Dibangun
Kelompok Gedung Untuk Fungsi Pelayanan		
- Gedung Poli / Spesialis Umum	197	1981
- Gedung Unit Gawat Darurat	200	1987
- Gedung Laboratorium	150	1981
- Gedung Operasi	170	1984
- Gedung Jenazah	70	1984
- Gedung Radiologi/Rongent	150	1981
- Gedung Fisioterapi	150	2003
Kelompok Gedung Untuk Fungsi Perawatan		
- Gedung Perawatan Anak	450	1993
- Gedung Perawt Kebidanan dan Kandungan	294	1992
- Gedung Perawatan Bedah	350	1996
- Gedung Perawatan Penyakit Dalam	450	1979
- Gedung Paviliun Sri Mujinab	140	1985
- Gedung Paviliun Sri Gemilang	350	1997
- Gedung ICU	216	2001
- Isolasi	70	1990
- Gedung Perawatan Interne (baru)	773	2003
Kelompok Gedung Untuk Fungsi Pelayanan Penunjang		
- Gedung Service	250	1982
- Gedung Obat/Farmasi	70	1997
- Gedung Administrasi (Lama)	150	1982
- Gedung Administrasi Utama (baru)	-	2003
Kelompok Gedung Sarana		
- Geduing Genset 1	48	1983
- Gedung Genset 2	35	2003
- Gedung Laundry	250	1984
- Gedung Pertemuan/Ruang rapat (baru)	-	2003
- Water Tower 1	-	1984
- Water Tower 2	-	2001
Kelompok Perumahan Dokter		
- Rumah Dinas Dokter Spesialis 4 Unit	120	1994
- Rumah Dinas Dokter 2 Unit	70	2001
- Rumah Dokter	70	1982
Gedung Lain-lain		
- Musholla	120	
- Lahan parkir	70	2002
- Garasi Ambulance	42	1985
- Kantin	70	2002

Sumber : Laporan Tahunan Kegiatan RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

H. Penampilan kerja Rumah Sakit

Tabel 4.3 Data hasil kegiatan pelayanan RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2008 sampai dengan 2010

Indikator	2008	2009	2010	Nilai Ideal
Jumlah tempat tidur	116	110	123	-
Angka pemanfaatan tempat tidur (BOR) %	57	63	65	60-85
Rata-rata lamanya dirawat (AVLOS)	4	3	3	6-9 hari
Frekuensi pemakaian Tempat Tidur (BTO)	50	66	52	40-50 kali
Tempat Tidur Kosong (TOI)	3	2	4	1-3 hari
Angka Kematian kurang dari 48 jam (NDR)	23	16	9	<25/1000 psn keluar
Angka Kematian Umum (GDR)	59	49	41	45/1000 psn keluar
Rata-rata kunjungan poliklinik per hari	81	90	103	-

Sumber : Laporan Tahunan Kegiatan RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2008, 2009 dan2010.

I. Keuangan Rumah Sakit

Berdasarkan rekapitulasi realisasi fisik dan keuangan Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada perprogram/kegiatan tahun 2010 dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah antara lain :

No	Uraian	Alokasi Dana APBD		Ket
		Biaya DPA	Realisasi	
1	Prog. Pel. Adm Perkantoran	Rp.4.441.460.000.-	Rp. 4.223.653.046.-	
2.	Program peningkatan sarana dan prasarana aparatur	Rp. 12.000.000.-	Rp. 12.000.000.-	
3.	Program peningkatan kapasitas sumber daya aparatur	Rp. 30.000.000.-	Rp. 29.310.000.-	
4.	Program peningkatan pengembangan sistem pelaporan capaian kinerja dan keuangan	Rp. 96.200.000.-	Rp. 95.810.000.-	
5.	Program upaya kes Masy	Rp.6.227.094.825.35-	Rp. 5.404.573.463.00.-	
6.	Program pengadaan, Peningkatan sarana dan prasarana RS/RS Jiwa/Rs Paru-paru/RS Mata	Rp.3.832.652.168.00-	Rp. 1.811.463.260.00.-	
7.	Program pemeliharaan sarana dan prasarana RS/RS Jiwa/Rs Paru-paru/RS Mata	Rp.369.877.000.00-	Rp. 366.892.000.00.-	

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

8.	Program kemitraaan peningkatan pelayanan kes	Rp.1.563.610.000.00-	Rp. 1.295.976.100.00.-	
9.	Program pengendalian pencemaran dan perusakan lingkungan hidup	Rp. 100.000.000.00-	Rp. 99.320.000.00-	
10.	Program peningkatan keamanan dan kenyamanan lingkungan	Rp. 243.000.000.00-	Rp. 190.200.000.00-	
11.	Program peningkatan dan pengembangan pengelolaan keuangan daerah	Rp. 60.000.000.00-	Rp. 52.100.000.00-	

J. Gambaran Umum Instalasi Rawat Inap

Pelayanan rawat inap di RSUD Puri Husada Tembilahan ada Spesialis Penyakit Dalam, Spesialis PenyakitBedah, Spesialis Anak, Spesialis Kebidanan dan Kandungan, Spesialis Syaraf, Spesialis THT. Penampilan kerja pada instalasi rawat inap pada tahun 2010 per kelas rawatan adalah sebagai berikut:

Tabel 4.4 Data hasil Evaluasi pelayanan Instalasi Rawat Inap
RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010

URAIAN	I C U	UTAMA/ VIP	KELAS I	KELAS II	KELAS III	RSUD
Jumlah TT	4	8	14	28	73	123
Jlh Hr Rwat	1141	2444	1682	3823	14757	23847
BOR	63	84	33	46	56	53
Av LOS	4	2	1	3,62	5,22	3,78
TOI	2	1	3	6,73	8,57	5,37
BTO	58	88	72	42,25	46,27	39,83

Sumber : Rekam Medik RSUD Puri Husada Tembilahan

Dari tabel 4.4 terlihat bahwa angka pemanfaatan tempat tidur yang paling tinggi adalah pada ruang rawat inap utama /VIP (89%), kemudian ICU sebesar (63%)

K. Hasil Penelitian Analisis Biaya

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Sistem akuntansi Rumah Sakit Umum DaerahPuri Husada Tembilahanadalah *Balance Budget*. Sedangkan sumber pembiayaan Rumah Sakit Umum DaerahPuri Husada Tembilahan terdiri dari:

1. Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD).
2. Sumber Biaya dari pendapatan rumah sakit (PAD)

Dalam melakukan analisis biaya ini data yang diambil merupakan data sekunder sehingga kualitas data yang diperoleh sangat ditentukan oleh kelengkapan catatan akuntansi keuangan walaupun manajemen keuangan yang dipakai pada RSUD Puri Husada Tembilahan belum mendukung untuk keperluan analisis biaya, yaitu misalnya dalam penggunaan sumber dana operasional rumah sakit (keuangan, obat-obatan, makanan, alat tulis kantor, biaya listrik, telepon dan air) dan pemeliharaan belum dilakukan pencatatan berdasarkan pusat-pusat biaya, maka untuk keperluan analisis biaya ini dilakukan penelusuran kembali data keuangan tersebut dan tidak hanya di bagian akutansi saja. Ada beberapa data investasi barang yang pengisiannya tidak lengkap terutama harga barang karena merupakan sumbangan atau subsidi yang tidak dilengkapi dengan faktur pembelian.Untuk mengatasi hal tersebut dilakukan perkiraan harga yang disesuaikan dengan harga pasaran saat ini.

UNIVERSITAS TERBUKA

1. **Identifikasi Pusat Biaya**

Untuk memudahkan dalam melakukan perhitungan dan mendistribusikan biaya investasi, biaya operasional serta biaya pemeliharaan, terlebih dahulu dilakukan identifikasi pusat-pusat biaya, yang dikelompokkan dalam dua bagian.

a. Bagian Unit Penunjang, dikelompokkan menjadi lima kelompok:

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

1) Direksi/administrasi, meliputi gedung administrasi utama, rekam medik, rumah dinas dokter, gedung musholla, lahan parkir, garase ambulance, kantin, selasar ruang pertemuan dan pos satpam.

2) Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS), meliputi: gedung servis, gedung genset 1, gedung genset 2, incenerator, water tower 1, water tower 2.

3) Instalasi Farmasi, meliputi: gedung farmasi/obat-obatan.

4) Intalasi Gizi, meliputi gedung gizi (kantor dan dapur)

5) Laundri, meliputi gedung loundri.

b. Bagian Unit Produksi, dikelompokkan menjadi dua belas kelompok:

1. Instalasi rawat inap kelas utama/VIP, meliputi gedung VIP Sri Gemilang.
2. Instalasi rawat inap kelas I, meliputi gedung Paviliun Sri Mujinab, gedung perawatan bedah, gedung perawatan anak, gedung perawatan penyakit dalam dan gedung perawatan kandungan / kebidanan.
3. Instalasi rawat inap kelas II, meliputi gedung perawatan bedah, gedung perawatan anak, gedung perawatan penyakit dalam, gedung perawatan kandungan.
4. Instalasi rawat inap kelas III, meliputi gedung perawatan bedah, gedung perawatan anak, gedung perawatan penyakit dalam, gedung perawatan kebidanan, gedung perawatan mata.
5. Instalasi ICU
6. Instalasi Gawat Darurat
7. Instalasi Rawat Jalan

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

8. Instalasi Laboratorium
9. Instalasi Bedah Central/OK
10. Instalasi Kamar Jenazah
11. Radiologi
12. Instalasi Fisioterapi

2. Identifikasi Biaya Langsung (*Direct Cost*) dan Non Biaya

Perhitungan biaya asli diperoleh dari setiap unit penunjang dan unit produksi yang diuraikan menurut jenis biaya (investasi, operasional dan pemeliharaan) dan komponen-komponennya seperti untuk komponen biaya investasi adalah biaya gedung, peralatan (medis dan non medis termasuk kendaraan) dan komponen biaya operasional antara lain biaya gaji, biaya makanan, obat, alat tulis kantor/bahan non medis, biaya umum (listrik, telepon) dan lain-lain. Biaya asli (langsung) setiap unit ini dihitung untuk semua biaya yang telah digunakan selama satu tahun.Selanjutnya didapatkan biaya asli untuk setiap unit penunjang dan unit produksi yang telah terurai dengan rinci menurut komponen biaya masing-masing.

a. Biaya Penyusutan (*Depreciation Cost*)

Biaya penyusutan adalah merupakan biaya yang masa gunanya lebih dari satu tahun, biaya ini meliputi biaya penyusutan gedung, tanah, alat-alat medis, dan alat-alat non medis. Dalam perhitungan biaya penyusutan, tanah tidak dimasukkan karena investasi tanah tidak mengalami penyusutan.Sedangkan bangunan utama RSUD Puri Husada Tembilahan merupakan bangunan pemerintah yang dibangun pada tahun 1982 s/d tahun 2009. Tetapi pada saat ini banyak dari bangunan rumah sakit tersebut yang sudah direhab sehingga biaya

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

investasi bangunan yang telah direhab tersebutlah yang akan dihitung nilai investasinya. Dan untuk memperoleh biaya penyusutan yang disebut *Annualized Fixed Cost* (biaya investasi tahunan) diperlukan data mengenai investasi awal (*Initialized Invesment Cost*), masa guna gedung/alat, masa pakai gedung/alat dan nilai sisa gedung/alat.

Masa guna gedung diasumsikan dalam perhitungan ini adalah selama 25 tahun, sedangkan untuk alat disesuaikan dengan jenisnya atau jaminan yang biasa diberikan oleh produsen seperti alat medis besar 10-15 tahun (minsalnya meja operasi, alat rontgen, kursi gigi, brankard pasien, genset, incenerator), alat medis sedang 5-10 tahun (seperti alat laboratorium, EKG, USG, alat gigi), alat medis kecil 3 tahun (seperti instrumen operasi, gunting dll), mobil 5 tahun, meubelair jati 10 tahun mebelair non jati 5 tahun, dan alat-alat lain selain logam 1 tahun. Dalam melakukan perhitungan investasi alat-alat terlebih dahulu dikelompokan menjadi dua bagian besar yang meliputi :

1) Kelompok alat medis, yang meliputi alat kedokteran, alat laboratorium, instrumen operasi dan lain-lain.
2) Kelompok alat non medis, yang meliputi alat yang dipergunakan untuk menunjang pelayanan dan operasional rumah sakit, seperti alat-alat rumah tangga dan dapur, alat dan perlengkapan kebutuhan kantor dan lain-lain.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

b. Biaya Investasi

Biaya Investasi adalah biaya yang masa gunanya lebih dari satu tahun, biaya ini meliputi biaya investasi gedung, alat-alat medis, dan alat-alat non medis.Dalam perhitungan biaya investasi tanah tidak dimasukkan karena investasi tanah tidak mengalami penyusutan. Masa guna gedung diasumsikan dalam perhitungan ini adalah selama 25 tahun, sedangkan untuk alat disesuaikan dengan jenisnya atau jaminan yang biasa diberikan oleh produsen seperti alat medis besar 10-15 tahun (misalnya meja operasi, alat rontgen, kursi gigi, brankard pasien, genset, incenerator), alat medis sedang 5-10 tahun (seperti alat laboratorium, EKG, USG, alat gigi), alat medis kecil 3 tahun (seperti Instrumen operasi, gunting dll), mobil 5 tahun, meubeler jati 10 tahun, meubeler non jati 5 tahun, alat-alat logam 5 tahun, dan alat-alat non logam 1 tahun.

Dalam melakukan perhitungan investasi alat-alat terlebih dahulu dikelompokkan menjadi dua bagian besar, yang meliputi:

a. Kelompok alat medis, yang meliputi alat kedokteran, alat laboratorium, instrumen operasi dan lain-lain sejenisnya.
b. Kelompok alat non medis, yang meliputi alat yang digunakan untuk menunjang pelayanan dan operasional rumah sakit, seperti alat-alat rumah tangga dan dapur, alat dan perlengkapan kebutuhan kantor dan lain-lain.

Berikut ini data mengenai biaya investasi gedung, alat medis dan non medis tahun 2010 pada unit penunjang.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Tabel 4.5 Biaya Investasi Unit Penunjang RSUD Puri Husada TembilahanTahun 2010

Pada tabel 4.5 terlihat bahwa investasi terbesar adalah Direksi sebesar Rp. 352,928,777.95 (55.60%) dan AFC alat non medis di unit penunjang lebih besar dari AFC gedung yaitu sebesar Rp. 446,251,516.54 (70.31%). Selanjutnya data mengenai biaya investasi pada masing-masing unit produksi pada tahun 2010 terlihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 4.6 Biaya Investasi Unit Produksi RSUD Puri HusadaTembilahan Tahun 2010

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Pada tabel 4.6 terlihat bahwa perbandingan persentase investasi alat medis yaitu Rp. 1,124,458,167.83 (56.66%). Sedangkan untuk biaya investasi alat medis yang paling besar adalah kamar operasi (OK) yaitu Rp. 320,821,532.04 (28.53%)

c. Biaya Operasional dan Pemeliharaan

Untuk biaya operasional dan pemeliharaan ini komponen-komponen biaya yang dihitung adalah biaya gaji (termasuk honor dan insentif), biaya makanan, biaya ATK (alat tulis kantor), biaya umum (air, listrik, telepon, elpiji, dan O_2), biaya umum lainnya (perjalanan dinas, pendidikan, perpustakaan, rapat, dokumentasi, dll), biaya pemeliharaan/perawatan gedung, biaya pemeliharaan kendaraan, biaya pemeliharaan alat medis dan non medis, biaya pemeliharaan kebersihan (loundri). Distribusi masing-masing komponen biaya tergantung kepada pemakaian unit penunjang dan produksi, sehingga tidak semua item dari biaya tersbut ada pada setiap unit penunjang maupun produksi.Biaya operasional dan pemeliharaan pada pusat biaya tersebut dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 4.7 Biaya Operasional dan Pemeliharaan Pada Unit Penunjang RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Keterangan: Komponen Biaya

I. Biaya Gaji, honor dan Insentif
II. Biaya makanan
III. Biaya obat dan bahan habis pakai (BHP)
IV. Biaya ATK (alat tulis kantor)
V. Biaya umum (air, telepon listrik, dll)
VI. Biaya umum lainnya (perjalanan dinas, pendidikan, perpustakaan, dokumentasi.
VII. Biaya pemeliharaan/perawatan gedung.
VIII. Biaya pemeliharaan kendaraan
IX. Biaya pemeliharaan alat medis dan non medis
X. Biaya pemeliharaan kebersihan (loundri)

Dari tabel 4.7 diatas terlihat bahwa biaya operasional dan pemeliharaan pada unit penunjang yang paling besar adalah pada unit administrasi yaitu Rp. 678,999,414,91 (43%) sedangkan yang paling kecil adalah pada unit loundri yaitu Rp.117,497,711.01(7%). Sedangkan komponen biaya yang paling besar adalah gaji, honor dan insentif.

Tabel 4.8Biaya Operasional dan Pemeliharaan Pada Unit Produksi
RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010

Komponen Biaya	VIP	KELAS I	KELAS II	KELAS III	ICU	UGD	IRJA	LABOR	KMR OPERASI	RONTGEN	JUMLAH TOTAL
I	320,309,264	337,167,646	503,751,469	556,326,616	236,017,352	337,167,646	472,034,705	202,300,588	185,442,205	84,291,912	3,236,809,405
II	84,542,466	72,585,101	68,025,081	102,775,908	61,188,344	-	-	-	-	-	389,116,850
III	73,252,261	89,483,014	146,226,904	439,367,945	124,640,241	94,075,386	98,759,220	100,842,902	189,861,763	129,660,364	1,486,170,000
IV	4,191,176	4,411,765	6,617,648	7,279,412	3,088,235	4,411,765	6,176,471	2,647,059	2,426,471	1,102,941	42,352,942
V	12,154,031	8,334,193	24,308,063	25,835,998	7,500,774	6,945,161	6,320,096	5,208,871	5,903,387	5,208,871	107,719,443
VI	4,889,706	5,147,059	7,720,588	8,492,647	3,602,941	5,147,059	7,205,882	3,088,235	2,830,882	1,286,765	49,411,765
VII	11,732,852	8,045,384	23,465,704	24,940,691	7,240,846	6,704,487	6,101,083	5,028,365	5,698,814	5,028,365	103,986,591
VIII	12,597,978	13,261,029	19,891,544	21,880,699	9,282,721	13,261,029	18,565,441	7,956,618	7,293,566	3,315,257	127,305,882
IX	9,368,231	6,423,930	18,736,462	19,914,183	5,781,537	5,353,275	4,871,480	4,014,956	4,550,284	4,014,956	83,029,293
X	592,049	582,788	986,428	2,757,784	238,863	296,982	372,026	-	173,080	-	6,000,000
Jumlah	533,630,014	545,441,909	821,729,841	1,209,571,882	458,581,854	473,362,790	620,406,405	331,087,593	404,180,452	233,909,431	5,631,902,171
%	9%	10%	15%	21%	8%	8%	11%	6%	7%	4%	100%

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Keterangan: Komponen Biaya

I.Biaya Gaji, honor dan Insentif
II. Biaya makanan
III. Biaya obat dan bahan habis pakai (BHP)
IV. Biaya ATK (alat tulis kantor)
V. Biaya umum (air, telepon listrik, dll)
VI. Biaya umum lainnya (perjalanan dinas, pendidikan, perpustakaan, dokumentasi.
VII. Biaya pemeliharaan/perawatan gedung.
VIII. Biaya pemeliharaan kendaraan
IX. Biaya pemeliharaan alat medis dan non medis
X. Biaya pemeliharaan kebersihan (loundri)

Tabel 4.8 terlihat bahwa, unit produksi yang paling besar biaya operasional dan pemeliharaannya adalah pada unit rawat inap kelas III yaitu sebesar Rp. 1,209,571,882(21%) sedangkan yang paling kecil adalah pada unit produksi rontgen yaitu Rp.233,909,431.(4%).

d. Total Biaya Investasi, Operasional dan Pemeliharaan RSUD Puri Husada Tembilahan Menurut Pusat Biaya

Biaya total diperoleh dengan menjumlahkan biaya tetap (yang terdiri dari biaya penyusutan bangunan, alat dan kendaraan) dan biaya variabel (yang terdiri dari biaya operasional dan pemeliharaan). Dari pengumpulan dan pengolahan data yang dilakukan diperoleh hasil Total Biaya Operasional dan Pemeliharaan di RSUD Puri Husada Tembilahan tahun 2010 menurut pusat biaya penunjang dan produksi adalah sebesar Rp. 9,745,980,082.41.- Hasil tersebut diperoleh kalau biaya penyusutan (AFC) diperhitungkan. Sedangkan kalau biaya penyusutan (yang disetahunkan) atau *Annualized Fixed Cost* (AFC) tidak diperhitungkan maka total biaya rumah sakit didapat sebesar Rp. 7,333,341,340.26.- sedangkan kalau biaya penyusutan (yang disetahunkan) atau *Annualized Fixed Cost* (AFC)

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

dan biaya gaji tidak diperhitungkan maka total biaya rumah sakit didapatkan sebesar Rp. 2,747,861,350.26, seperti yang dapat dilihat pada tabel 4.9

Tabel 4.9Total Biaya RSUD Puri Husada Tembilahan MenurutPusat Biaya Penunjang dan ProduksiTahun 2010

No	Pusat Biaya	Biaya Total dengan AFC dan Gaji (Rp)	Biaya Operasional dan Pemeliharaan tanpa AFC (Rp)	Biaya Operasional dan Pemeliharaan tanpa AFC dan Gaji (Rp)
	Unit Penunjang			
1	Direksi /Adm	1.031.928.192.86	678,999,414.91	206,964,710.05
2	IPSRS	455,124,493.56	211,633,615.54	43,049,792.38
3	Farmasi	383,403,775.26	366,638,522.13	29,470,875.81
4	Gizi	227,946,729.06	212,245,316.45	26,803,110.97
5	Loundry	123,342,361.18	117,497,711.01	16,347,417.12
	Unit Produksi			
1	Kelas Utama/VIP	662,968,989.30	533,630,013.67	213,320,749.76
2	Irna Kelas I	642,086,780.80	545,441,908.82	208,274,262.49
3	Irna Kelas II	1,100,199,842.95	821,729,840.65	315,978,371.16
4	Irna Kelas III	1,488,682,272.94	1,209,571,882.64	653,245,226.21
5	ICU	744,569,885.57	458,581,854.27	222,564,501.85
6	UGD	605,654,895.21	473,362,790.01	136,195,143.69
7	IRJA	771,873,668.85	620,406,404.60	148,371,699.75
8	Laboratorium	333,445,058.49	331,087,593.41	128,787,005.62
9	Kamar Operasi	576,128,670.76	404,180,451.69	218,738,246.21
10	Kamar Jenazah	31,792,914.11	30,114,258.12	13,255,875.80
11	Radiologi	404,599,611.79	233,909,430.67	149,617,519.09
12	Fisioterapi	162,231,939.74	84,310,331.67	16,876,802.40
	JUMLAH	**9,745,980,082.41**	**7,333,341,340.25**	**2,747,861,350.25**

Sumber: Hasil perhitungan

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

e. Total Biaya Setahun Menurut Komponen Biaya

Komponen biaya operasional dan pemeliharaan RSUD Puri Husada Tembilahan dikelompokan dalam 10 kelompok yaitu biaya gaji (termasuk honor dan insentif), biaya makanan, biaya ATK (alat tulis kantor), biaya umum (air, telepon listrik, dll), biaya umum lainnya (perjalanan dinas, pendidikan, perpustakaan, dokumentasi, dll), biaya pemeliharaan/perawatan gedung, biaya pemeliharaan kendaraan, biaya pemeliharaan alat medis dan non medis, biaya pemeliharaan kebersihan *(loundry)*.Pengumpulan dan pengolahan data yang dilakukan, biaya operasional dan pemeliharaan RSUD Puri Husada Tembilahan menurut komponen biaya didapatkan hasil total biaya sebesar Rp. 7,333,341,340.26.- dengan komponen gaji menyerap biaya sebesar Rp. 4,585,479,990.00 (62.56%) dan yang terkecil adalah komponen biaya loundri sebesar Rp. 6,000,000.00. (0.08%), seperti terlihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.10 Total Biaya Operasional dan pemeliharaan RSUD Puri Husada Tembilahan Menurut Komponen Biaya Tahun 2010

NO	KOMPONEN BIAYA	BIAYA	%
1	Biaya Gaji, Honor & Insentif	4,585,479,990.00	62.56%
2	Biaya Makanan	389,116,850.00	5.31%
3	Biaya Obat, Alat & BHP	1,491,1116,860.00	20.34%
4	Biaya ATK	60,000,000.00	0.82%
5	Biaya Umum	202,000,000.00	2.75%
6	Biaya Umum Lainnya	70,000,000.00	0.95%
7	Biaya Pemeliharaan/Perawatan gedung	195,000,000.00	3.09%
8	Biaya pemeliharaan kendaraan	178,410,639.97	2.43%
9	Biaya Pemeliharaan alat medis/non medis	155,700,000.00	2,12%
10	Biaya Kebersihan/Loundri	6,000,000.00	0.08%
	J U M L A H	7,333,341,340.26	100.00%

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

3. Data Non Biaya

Data non biaya adalah data yang dapat dijadikan asumsi dasar perhitungan dalam mengalokasikan atau mendistribusikan biaya investasi, biaya operasional dan biaya pemeliharaan yang ada di unit penunjang ke unit produksi. Tidak semua *cost centre* (pusat biaya) yang mempunyai data non biaya tergantung dari jenis biaya yang dipakai. Adapun data non biaya yang dijadikan dasar perhitungan tersebut terdiri dari luas lantai, jumlah personil, jumlah porsi makanan dan jumlah potong (kg) kain loundri.

Data non biaya atau dasar alokasi non-keuangan di RSUD Puri Husada Tembilahan yang dapat didapatkan dari hasil perhitungan adalah sebagai berikut:

Tabel 4.11 Data Dasar Alokasi Non Keuangan Unit Penunjang dan Unit Produksi RSUD Puri Husada Tahun 2010

Sumber : Hasil Perhitungan

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Dari tabel 4.11 terlihat bahwa unit yang luas lantainya yang paling luas adalah unit Direksi/Administrasi 1,842.00 m^2 (31.67%) sedangkan jumlah personil yang paling banyak pada unit rawat inap kelas III yaitu sebanyak 33 orang (12.13%). Jumlah porsi makanan yang paling banyak yaitu IRNA Kelas III yaitu sebanyak 15,033.porsi (26.41%) Sedangkan jumlah potong (kg) kain loundri yang paling banyak yaitu Irna Kelas III yaitu sebanyak 8,636.00 potong (45.96%).

a. Alokasi Biaya

Setelah data biaya dan non-biaya *cost centre* masing-masing pusat biaya didapatkan, selanjutnya biaya-biaya tersebut dikelompokkan dan kemudian didistribusikan melalui pusat biaya penunjang kepada pusat biaya produksi berdasarkan dasar alokasi yang berbeda, sesuai dengan jenis biaya yang dikeluarkan.Dasar alokasi dari masing-masing komponen biaya investasi, operasional dan pemeliharaan tersebut disusun sebagai berikut.

Tabel 4.12. Data Dasar Alokasi Biaya RSUD Puri Husada Tembilahan menurut Komponen Biaya Investasi, Operasional dan Pemeliharaan.

Nomor Alokasi Biaya	Komponen Biaya	Dasar Alokasi Biaya	Jumlah	%
Alokasi I	AFC Gedung	Luas Lantai	807,530,402.42	8.29%
Alokasi II	AFC Alat Medis dan Non Medis	Luas Lantai	1,605,108,339.74	16.47%
Alokasi III	Biaya Gaji, Honor dan Insentif	Jumlah Pegawai	4,585,479,990.00	47.05%
Alokasi IV	Biaya Makanan	Jumlah Porsi	389,116,850.00	3.99%
Alokasi V	Biaya Obat	Biaya Asli	1,491,633,860.22	15.31%
Alokasi VI	Biaya alat tulis kantor	Biaya Asli	60,000,000.00	0.62%
Alokasi VII	Biaya umum (Listrik, Telp, Air)	Luas Lantai	202,000,000.00	2.07%
Alokasi VIII	Biaya umum lainnya (Perjalanan Dinas, Diklat dan Rapat	Jumlah Pegawai	70,000,000.00	0.72%
Alokasi IX	Biaya Pemeliharaan Gedung	Luas Lantai	195,000,000.00	2.00%
Alokasi X	Biaya pemeliharan Kendaraan	Jumlah Pegawai	178,410,639.97	1.83%
Alokasi XI	Biaya Pemeliharaan Alat Medis dan Non Medis	Luas Lantai	155,700,000.00	1.60%
Alokasi XII	Biaya Pemeliharaan Kebersihan (Loundri)	Jumlah Potong	6,000,000.00	0.06%
Jumlah			9,745,980,082.35	100.00%

Sumber : Hasil Perhitungan

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Dari tabel 4.12 di atas terlihat bahwa terdapat 12 kelompok alokasi biaya investasi, operasional dan pemeliharaan yang didistribusikan berdasarkan alokasi yang berbeda. Biaya yang paling besar adalah gaji, honor dan insentif yaitu Rp. 4,585,479,990.00 (47,05%), sedang yang terkecil adalah biaya pemeliharaan kebersihan yaitu Rp. 6,000,000,00 (0.06%).

4. Analisis Biaya Rawat Inap Rumah Sakit

Analisis biaya dilakukan hanya pada unit rawat inap untuk menghitung *unit cost* kelas perawatan, tetapi semua unit produksi dilakukan distribusi biaya yang dikeluarkan pada unit penunjang yang memberikan dukungan pada unit produksi. Distribusi biaya dilakukan setelah menentukan dasar alokasi biaya terlebih dahuluyaitu melihat hubungan fungsional antar pusat biaya dan selanjutnya metode yang digunakan adalah distribusi ganda (*Spreadsheet Double Distribution*).Distribusi ini dilakukan secara terpisah untuk setiap komponen biaya berdasarkan alokasi biaya yang berbeda tergantung pada jenis pelayanan yang memberikan dukungan pada unit produksi oleh unit penunjang yang bersangkutan dan relevan terhadap unit yang menerima alokasi tersebut.

Distribusi tahap pertama dilakukan dengan mengalokasikan biaya yang dikeluarkan dari setiap unit penunjang ke unit penunjang lain dan dari unit penunjang ke unit produksi. Dalam hal ini biaya-biaya yang dikeluarkan oleh unit penunjang adalah Unit Direksi/Administrasi, IPSRS, Farmasi, Gizi, dan Loundri. Dialokasikan diantara unit-unit penunjang tersebut dan unit-unit produksi yaitu Instalasi Rawat Inap/IRNA (Irna Utama/VIP, Kelas I, Kelas II, Kelas III), ICU,

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

IGD, Instalasi Rawat Jalan, Laboratorium, OK/Kamar Operasi, Ruang Jenazah, Radiologi dan Fisioterapi.

Distribusi tahap kedua adalah alokasi biaya yang dihasilkan oleh unit-unit penunjang sebagai hasil alokasi pertama didistribusikan kepada unit-unit pruduksi, yang dilakukan secara tuntas sehingga tidak ada lagi biaya yang tersisa di unit-unit penunjang.

Perhitungan distribusi ganda tahap pertama dan kedua tersebut dapat dilihat pada *spreadsheet* distribusi ganda yang menggunakan program *Microsoft Excel* yang terdapat pada lampiran. Dari hasil kedua distribusi tersebut di atas berikut ini dihasilkan ringkasan biaya atau rekapitulasi hasil distribusi ganda pada masing-masing pusat biaya produksi (*Pruduct Cost Centre*) yang hasilnya dapat dilihat pada lampiran 1

Pada lampiran tersebut dimana hasil rekapitulasi hasil distribusi ganda RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010 tersebut total biaya pada keseluruhan unit produksi sejumlah Rp. 7,711,870,866.81.- sedangkan biaya total yang paling besar yaitu pada Ina Kelas III sebesar Rp.1,593,537,255.89 (20.66%) dan biaya total yang paling kecil adalah kamar jenazah sebesar Rp. 8,162,538.75 (0.11%).

5. Biaya Satuan (*unit cost*) Instalasi Rawat Inap

Dalam perhitungan *unit cost* instalasi rawat inap diperlukan data mengenai *output* yang dalam hal ini adalah jumlah hari dari kelas perawatan selama tahun 2010 serta kapasitas masing-masing kelas perawatan. Perhitungan yang dilakukan adalah menghitung tarif setiap kelas perawatan.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Perhitungan biaya satuan ini ada tiga jenis yaitu, pertama dengan menghitung biaya sesungguhnya (*actual cost*), kedua biaya satuan *normatif* (*normatif cost*) dan ketiga dengan menghitung biaya satuan *variabel* (tanpa menghitung biaya AFC dan gaji). Ketiga perhitungan biaya satuan tersebut disajikan dalam tabel berikut:

Tabel 4.13Biaya Satuan Actual Pelayanan Rawat Inap
RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010

No	KELAS PERAWATAN	TOTAL COST (Rp)	QUANTITY (Hari)	UNIT COST ACTUAL (Rp)
1	I C U	678,382,800.86	1141	594,551
2	Kelas Utama/VIP	662,968,989.30	2444	271,264
3	Kelas I	643,082,668.39	1682	382,332
4	Kelas II	1,079,554,196.70	3823	282,384
5	Kelas III	1,593,537,255.89	14757	107,985

Sumber : Hasil perhitungan

Pada tabel 4.13 diatas terlihat variasi biaya satuan a*ctual* dari masing-masing kelas perawatan, yang paling tinggi adalah ICU sebesar Rp. 594,551.- dan yang paling rendah Kelas III Rp.107,985.- perhitungan *unit cost*dengan menghilangkan biaya AFC dan gaji dilakukan dengan alasan karena RSUD Puri Husada Tembilahan adalah merupakan rumah sakit milik pemerintah, dimana biaya penyusutan dan biaya gaji ditanggung oleh negara melalui Pemerintah Kabupaten Indragiri hilir, maka berikut ini ditampilkan tabel hasil perhitungan *unit cost* tanpa menghitung biaya AFC dan Gaji.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Tabel 4.14 Biaya Satuan *Variabel* Pelayanan Rawat Inap
RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010

No	Kelas Perawatan	Total Cost (Rp)	Quantity (Hari)	Unit Cost Tanpa AFC Dan Gaji (Rp)
1	I C U	181,153,155.59	1141	158,767
2	Kelas Utama/VIP	213,320,749.67	2444	87,283
3	Kelas I	209,270,150.08	1682	124,417
4	Kelas II	324,185,417.55	3823	84,799
5	Kelas III	762,376,536.80	14757	51,662

Sumber : Hasil Perhitungan

Pada Tabel 4.14 diatas terlihat juga variasi biaya satuan variabel dari masing-masing kelas perawatan, yang paling tinggi adalah ruang ICU yaitu Rp. 158,767.- dan yang paling rendah Kelas III Rp. 51,662.- Dimana biaya satuan *normatif* ini dipengaruhi oleh *capacity* (jumlah tempat tidur x jumlah hari dalam setahun) dan *quantity* (hari rawatan).

Perhitungan *unit cost* dengan menghilangkan biaya AFC dan Gaji dilakukan dengan alasan bahwa RSUD Puri Husada Tembilahan merupakan rumah sakit milik pemerintah, dimana biaya investasi dan biaya gaji ditanggung oleh negara melalui Pemerintah Daerah Kabupaten Indragiri Hilir, maka berikut ini ditampilkan tabel hasil perhitungan *unit cost* tanpa menghitung biaya AFC dan Gaji.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

6. Biaya Satuan *Actual* Perkomponen Biaya Rumah Sakit

Pada tabel 4.15 di dibawah ini terlihat bahwa biaya satuan *actual* yang diperoleh menurut komponen biaya yang paling besar adalah ICU yaitu Rp. 594,551.08.- dan yang paling rendah yaitu Kelas III Rp. 107,985.18.-

Tabel 4.15 Biaya Satuan Actual Pelayanan Menurut Komponen Biaya Rawat Inap RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010

No	Komponen Biaya	VIP (Rp)	Kelas I (Rp)	Kelas II (Rp)	Kelas III (Rp)	ICU (Rp)
1	Biaya Investasi /Penyusutan					
	Biaya Gedung	8,703.44	45,878.23	2,647.42	801.04	12,904.66
	Biaya Alat Non Medis	23,045.62	5,790.04	5,438.90	1,662.76	19,770.15
	Biaya Alat Medis	21,171.96	5,790.04	47,272.29	13,329.02	180,723.67
2	Biaya Oprdan Pemeliharaan					
	Biaya Gaji	63,457.64	97,058.93	68,864.73	19,624.37	107,676.83
	Biaya Honor	34,999.00	53,531.23	37,981.19	10,823.49	59,387.35
	Biaya Insentif	32,602.80	49,866.23	35,380.82	10,082.47	55,321.42
	Biaya Makanan	34,591.84	43,154.04	19,267.97	14,168.16	16,281.66
	Biaya Obat	29,972.28	53,200.37	38,249.26	29,773.53	109,237.72
	Biaya ATK	1,714.88	2,622.93	1,861.01	530.33	2,909.87
	Biaya Umum	4,973.01	4,954.93	6,358.37	1,750.76	6,573.86
	Biaya Umum Lainnya	2,000.70	3,060.08	2,171.17	618.72	3,394.84
	Biaya Pemeliharaan Gedung	4,800.68	4,783.22	6,138.03	1,690.09	6,346.05
	Biaya Pemeliharaan Alat	5,154.66	8,476.17	5,593.87	1,594.09	8,746.57
	Biaya Pem. Kendaraan	3,833.16	3,819.22	4,900.98	1,349.47	5,067.08
	Biaya Kebersihan (Loundri)	242.25	346.49	258.02	186.88	209.35
	Biaya Satuan Actual	**271,263.92**	**382,332.15**	**282,384.03**	**107,985.18**	**594,551.08**

Sumber : Hasil Perhitungan

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

7. Cost Recovery Rate dan Variasi Biaya Satuan Instalasi Rawat Inap

Pendapatan total (*total revenue*)Instalasi Rawat Inap RSUD Puri Husada Tembilahan pada tahun 2010 berdasarkan Perda No. 2 tahun 2010 adalah sebesar Rp. 6,022,108,317.- Sedangkan *Total cost* sebesar Rp. 7,712,006,336.81.- Maka perbandingan kedua biaya tersebut menghasilkan cost *recovery rate*, yaitu :

$$\text{CRR Rata-rata} = \frac{\text{Total Rate}}{\text{Total Cost}} \times 100\%$$

$$= \frac{6{,}022{,}108{,}317.-}{7{,}712{,}006{,}336.81} \times 100\%$$

$$= 78.08\ \%$$

Tabel 4.16 Perbandingan Perda Tarif Rawat Inap RSUD Puri Husada TembilahanTahun 2010 dengan *Unit Cost Actual*

No	Kelas Perawatan	TARIF PERDA			Unit Cost Actual (Rp)	Selisih (Rp)
		Jasa Pelayanan (Rp)	Jasa Sarana (Rp)	Jumlah (Rp)		
1	I C U	86,750	82,250	169,000	594,551	(425,551)
2	Kelas Utama/VIP	103,000	88,500	191,500	271,264	(79,764)
3	Kelas I	68,250	59,750	128,000	382,332	(254,332)
4	Kelas II	43,500	43,500	87,000	282,384	(195,384)
5	Kelas III	29,500	26,000	55,500	107,985	(52,485)

Sumber : Hasil Perhitungan

Pada tabel 4.16 diatas dilihat perbandingan tarif Perda dengan *unit cost actual* bahwa selisih yang paling besar yaitu pada ruang ICU sebesar Rp. 425,551.- dan yang terkecil pada ruang kelas III sebesar Rp.52,485.-

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Tabel 4.17 Perbandingan Perda Tarif Rawat Inap RSUD Puri Husada Tembilahan Tahun 2010 dengan *Unit Cost tanpa AFC dan Gaji*

No	Kelas Perawatan	TARIF PERDA			Unit Cost Tanpa AFC dan Gaji (Rp)	Selisih (Rp)
		Jasa Pelayanan (Rp)	Jasa Sarana (Rp)	Jumlah (Rp)		
1	I C U	86.750	82.250	169.000	158.767	10.233.-
2	Kelas Utama/VIP	103.000	88.500	191.500	87.283	104.217.-
3	Kelas I	68.250	59.750	128.000	124.417	3.583.-
4	Kelas II	43.500	43.500	87.000	84.799	2.201.-
5	Kelas III	29.500	26.000	55.500	51.662	3.838.-

Sumber : Hasil Perhitungan

Pada tabel 4.17 diatas dilihat perbandingan tarif Perda dengan *unit cost tanpa AFC dan Gaji* bahwa selisih yang paling besar yaitu pada kelas utama/VIP sebesar Rp. 104,217.- dan yang terkecil pada ruang kelas III sebesar Rp.3,838.-

Evaluasi/implementasi Peraturan daerah No.2 tahun 2010

Implementasi peraturan daerah No.2 tahun 2010 tentang retribusi pelayanan kesehatan dirumah sakit saat ini dilaksanakan sesuai dengan ketentuan yang ada dimana tarif nya sudah disahkan oleh pemerintah melalui dewan perwakilan rakyat, yaitu berupa angka yang disesuaikan dengan masing-masing tarif kelasnya, dimana setiap jenis pelayanan kesehatan yang tercantum didalam peraturan daerah No.2 tahun 2010 disesuaikan dengan jenis pelayanan yang diberikan, misanya pelayanan rawat jalan dan rawat inap.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Analisis SWOTPeraturan daerah No.2 tahun 2010

Kekuatan:

1. Dapat menjadi sumber pendapatan bagi pemerintah daerah.
2. Pedoman dan acuan dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan dirumah sakit.

Kelemahan:

1. Menjadi kewajiban bagi rumah sakit dalam pelaksanaannya.
2. Rumah sakit diharuskan mennyetor ke pemerintah daerah (dispenda) sesuai dengan pendapatan rumah sakit setiap harinya.
3. Pendapatan yang ada tidak bisa langsung digunakan untuk kepentingan rumah sakit.

Kesempatan:

1. Rumah sakit dapat lebih mengembangkan hasil retribusi yang ada.
2. Rumah sakit untuk kepentingan masyarakat banyak

Tantangan:

Untuk pelaksanaan Peraturan daerah No.2 tahun 2010 sebaiknya rumah sakit menggunakan kesempatan, dimana sebaliknya pelayanan publik yang menjadikan rumah sakit sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD), agar setiap pelaksanaan kegiatan yang direncanakan dapat terlaksana denga baik.

Indikator Kinerja Rumah sakit berdasarkan Peraturan Daerah No.2 tahun 2010

Adapun yang menjadi indikator Kinerja Rumah sakit menurut Peraturan Daerah No.2 tahun 2010 adalah:

Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

1. Standar Pelayanan Rumah Sakit Daerah adalah penyelenggaraan pelayanan manajemen rumah sakit, pelayanan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan yang minimal harus diselenggarakan oleh rumah sakit.
2. Indikator

   Variabel ukuran atau tolok ukur yang dapat menunjukkan indikasi-indikasi terjadinya perubahan tertentu. Untuk mengukur kinerja rumah sakit ada beberapa indikator, yaitu:

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

1) Input, yang dapat mengukur pada bahan alat sistem prosedur atau orang yangmemberikan pelayanan misalnya jumlah dokter, kelengkapan alat, prosedur tetap dan lain-lain.
2) Proses, yang dapat mengukur perubahan pada saat pelayanan yang misalnyakecepatan pelayanan, pelayanan dengan ramah dan lain-lain.
3) Output, yang dapat menjadi tolok ukur pada hasil yang dicapai, misalnya jumlahyang dilayani, jumlah pasien yang dioperasi, kebersihan ruangan.
4) Outcome, yang menjadi tolok ukur dan merupakan dampak dari hasil pelayanansebagai misalnya keluhan pasien yang merasa tidak puas terhadap pelayanan dan lain-lain.
5) Benefit, adalah tolok ukur dari keuntungan yang diperoleh pihak rumah sakitmaupun penerima pelayanan atau pasien yang misal biaya pelayanan yang lebih murah, peningkatan pendapatan rumah sakit.
6) Impact, adalah tolok ukur dampak pada lingkungan atau masyarakat luas misalnya angka kematian ibu yang menurun, meningkatnya deraja kesehatanmasyarakat, meningkatnya kesejahteraan karyawan.

Secara khusus selain pelayanan yang harus diberikan kepada masyarakat wilayah setempat maka rumah sakit juga harus meningkatkan manajemen di dalam rumah sakit yaitu meliputi:

a. Manajemen Sumberdaya Manusia.
b. Manajemen Keuangan.
c. Manajemen Sistem Informasi Rumah Sakit, kedalam dan keluar rumah sakit.
d. Sarana prasarana.
e. Mutu Pelayanan.

Indikator yang dipakai penilaian efisiensi pelayanan rumah sakit adalah:

- *Bed occupancy rate (BOR)*
- *Bed turn over(BTO)*
- *Averrage Length of sta.(AvLos)*
- *Turn over interval (TOI)*

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

- *Net DeathRate (NDR)*
- *Gross DeathRate (NDR)*

Bed occupancy rate (BOR) atau Prosentase Pemakaian Tempat Tidur dipegunakan untuk melihat berapa banyak tempat tidur di rumah sakit yang digunakan pasien dalam suatu masa. Indikator ini menggambarkan tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan dari tempat tidur rumah sakit:

$$BOR = \frac{\text{Jumlah hari perawatan rumah sakit}}{\text{Jumlah tempat tidur x jumlah hari satu satuan waktu (tahun)}} \times 100\%$$

Prosentase ini menunjukkan sampai berapa jauh pemakaian tempat tidur yang tersedia di rumah sakit dalam jangka waktu tertentu.Bila nilai ini mendekati 100 berarti ideal tetapi bila BOR Rumah Sakit 60-80% sudah bias dikatakan ideal. BOR antara rumah sakit yang berbeda tidak bisa dibandingkan oleh karena adanya perbedaan fasilitas rumah sakit, tindakan medik, perbedaan teknologi intervensi. Semua perbedaan tadi disebut sebagai *"case mix"*.Untuk rumah sakit umum daerah (RSUD) Puri Husada Bed occupancy rate (BOR) adalah:

Jumlah hari perawatan rumah sakit	:	23.847
Jumlah tempat tidur:	:	123
Jumlah hari dalam satu tahun	:	365

$$\frac{23.847}{123 \times 365} \times 100\% \quad : \quad \frac{23.847}{44.895} \times 100\% = 53\% \text{ (BOR)}$$

Nilai parameter dari Bed occupancy rate (BOR) idelnya antara: 60% - 85%

Bed turn over (BTO),frekwensi pemakaian tempat tidur, berapa kali satu tempat tidur ditempati pasien dalam satu tahun.

$$TOI = \frac{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}{\text{Jumlah tempat tidur}} \times 100\%$$

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Jumlah Pasien keluar (hidup+mati)	:	6388
Jumlah tempat tidur:	:	123

$$: \frac{6388}{123} = 51 \text{ kali}$$

Averrage Length of stay (AvLos), rata-rata lama rawatan seorang pasien, indikator ini memberikan tingkat gambar dan tingkat efisiensi dimana dapat menggambarkan mutu pelayanan, apabila diterapkan pada diagnosa tertentu yang dijadikan *tracer* (yang perlu pengamatan lebih lanjut), *AvLos* yang kan yang baik 5-13 hari atau maksimum 12 hari, 6-10 hari.

$$\text{AvLOS} = \frac{\text{Jumlah hari perawatan pasien keluar}}{\text{Jumlah pasien keluar (Hidup + Mati)}}$$

Jumlah Pasien perawatan pasien keluar	:	21043
Jumlah pasien keluar (hidup+mati)	:	6388

$$: \frac{21043}{6388} = 6\text{hari}$$

Turn over internal (TOI), waktu rata-rata suatu tempat tidur kosong atau waktu antara satu tempat tidur ditinggalkan oleh pasien sampai ditempati lagi oleh pasien lain.

$$\text{TOI} = \frac{(\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{hari}) - \text{Jumlah hari perawatan rumah sakit}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}} \times 100\%$$

Jumlah tempat tidur:	:	123
Jumlah hari perawatan rumah sakit	:	23.847
Jumlah pasien keluar (hidup + mati)	:	6388

$$: \frac{(123 \times 365) - 23.847}{6388} \times 100\% \qquad : \frac{21208}{6388} \times 100\% = 3 \text{ hari}$$

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

UNIVERSITAS TERBUKA

Idealnya tmpat tidur kosong dalm waktu 1–3 hari, TOI diusahakan lebih kecil daripada 5 hari.Idelanya selam 1 tahun 1 tempat tidur rata-rata dipakai 40 – 50 kali.

Net DeathRate (NDR), angka kematian ≥ 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini dapat memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit

$$NDR = \frac{\text{Jumlah pasien mati} \geq 48 \text{ jam dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}} \times 1000 \text{ o/oo}$$

Jumlah pasien mati ≥ 48 jam dirawat	:	60
Jumlah pasien keluar (hidup + mati)	:	6388

$$: \frac{60}{6388} \times 1000 \text{ o/oo} = 9 \text{ per 1000 penderita keluar}$$

Nilai NDR yang dianggap masih dapat ditolerir adalah kurang 25 per 1000 penderita keluar.

Gross DeathRate (GDR), angka kematian umum untuk tiap-tiap 1000 penderita keluar.

$$GDR = \frac{\text{Jumlah pasien mati seluruhnya}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}} \times 1000 \text{ o/oo}$$

Jumlah pasien mati seluruhnya	:	263
Jumlah pasien keluar (hidup + mati)	:	6388

$$: \frac{263}{6388} \times 1000 \text{ o/oo} = 41 \text{ per 1000 penderita keluar}$$

Nilai GDR tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar.

Dalam usaha memperkecil pengaruh "*case mix*" untuk menilai tingkat efisiensi digunakan indikator yang lebih tajam, indikator yang dimaksud adalah:

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

- Av LOS pasien prabedah

Pasien yang akan dioperasi biasanya harus menjalani pemeriksaan radiologi dan laboratorium serta perlu observasi terhadap keadaan tertentu. Jadi sebelum operasi pasien telah menggunakan jasa rumah sakit yang tidak sedikit.Lebih banyak pemeriksaan atau lebih lama observasi tentunya lebih banyak menggunakan sumber daya rumah sakit.Agar efisiensi maka pemborosan harus ditekan.Bertambah singkat Av LOS prabedah, bertambah hemat atau bertambah efisien pelayanan yang diberikan.

- Av LOS penyakit tertentu atau tracer conditions.

Telah disusun kelompok-kelompok diagnosis penyakit yang tidak berbeda banyak cara penganannya mediknya, tidak berbeda banyak Av LOS-nya, dan hampir sama menyerap sumber dayanya. Kelompok penyakit ini disebut *Diagnosis Related Group* (DRG).

INDIKATOR PENILAIAN

Untuk menilai pemanfaatan tenaga dipergunakan indikator:

- Rasio jumlah hari perawatan dengan jumlah tenaga perawat inap.

Peraturan Menteri Kesehatan R.I. No.262/Menkes/Per/VII/1979.Perbandingan jumlah tempat tidur rumah sakit dibanding jumlah perawat rumah sakit tipe A-B perbandingan minimal adalah 3-4 perawat adalah 2 tempat tidur.

- Rasio jumlah pasien intensif dengan jumlah tenaga perawat yang melayani.

Pasien insentif memerlukan tindakan perawatan serta pengobatan dan observasi dan medis secara insentif.Menurut Minetti dan Hucthinson (1975) kebutuhan perawatan langsung setiap pasien adalah 4 jam perhari.

Katagori pasien	Waktu yang diperlukan		
Katagori I Salf Care	½ x 4 jam	=	2 Jam
Katagori II Minimal Care	¾ x 4 jam	=	3 Jam
Katagori III Total Care	1- 1½ x 4 jam	=	4 - 6 Jam
Katagori IV Insentif Care	2 x 4 jam	=	8 Jam

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Indikator untuk penilaian cakupan pelayanan adalah:

- Rata-rata kunjungan per hari.

Rata –rata kunjugan baru dan lama adalah 103 kunjungan baru dan lama perhari

- Rata-rata kunjungan baru per hari.

Kunjungan baru perhari antara 50 s/d 70 kunjungan baru rata-rata perhari.

- Rasio kunjungan baru dengan total kunjungan

Kunjugan baru dengan total kunjungan perbulan rata-rata 2.129 kunjungan /bulan.

- Jumlah rata-rata pasien ugd per hari

Rata-rata jumlah pasien yang datang ke ugd perhari 30 - 40 kunjungan/hari.

- Rata-rata pasien intensif per hari

Rata-rata perawatan pasien *insentif care unit*per hari 1-2 orang kunjungan.

- Rata-rata pemeriksaan radiologi per hari

Rata-rata pemeriksaan radiologi tanpa bahan kontras 30- 40 pemeriksaan perhari

- Prosentase resep yang dilayani terhadap resep rumah sakit

Rata- rata resep yang dilayani untuk obat generik dan non generik terhadap resep rumah sakit 4348 resep/bulan.

Rencana Tindakan perbaikan

Sektor publik (pemerintah) pada dasarnya rumah sakit menghasilkan program berupa jasa pelayanan yang bersifat langsung dinikmati oleh masyarakat maupun pelayanan yang dinikmati masyarakat secara langsung.Rumah sakit umum daerah Puri Husada Tembilahan senantiasa berupaya untuk melakukan pembenahan diri sesuai dengan perubahan lingkungan dan tuntunan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan prima, efektivitas dan efisiensi penyelenggaraan upaya pelayanan dimaksud mendorong terwujudnya *good governance*.

Adapun rencana tindakan perbaikan adalah program dan pelayanan yang tergolong *"public goods"*(program dan pelayananan yang memberi manfaat bagi orang banyak atau mempunyai eksternalitas tinggi), dimana kegiatan nyata yang sistematis dan terpadu guna mencapai sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan antara lain:

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

1. Pengembangan pelayanan medis dan penunjang medis.
2. Pengembangan pelayanan non medis.
3. Pengembangan pelayanan asuhan keperawatan.
4. Pengembangan pelayanan kesehatan rujukan.
5. Peningkatan pendidikan dan latihan.
6. Peningkatan penelitian dan pengembangan prosedur pelayanan tekhnologi kedokteran.
7. Peningkatan pelayanan administrasi keuangan.

Hasil penilaian evaluasi pelayanan yang berkaitan dengan peraturan daerah No.2 tahun 2010 telah dilakukan untuk menilai tingkat keberhasilan dalam memberikan gambaran tentang pelayanan dirumah sakit dapat dilihat dari:

1. Tingkat pemanfaatan sarana pelayanan

   Dimana masyarakat sudah dapat melakukan pemeriksaan yang lebih dekat terhadap ketenagaan tenaga medis spesialis yang berjumlah:

   a) Spesialis Anak 2 orang
   b) Spesialis Obstetrik dan Ginekologi 2 orang
   c) Spesialis Penyakit Dalam (Interne) 3 orang
   d) Spesialis Bedah 2 orang
   e) Spesialis Rehabilitasi Medik 1 orang
   f) Spesialis Anatesi 1 orang
   g) Spesialis Mata 1 orang
   h) Spesialis Telinga Hidung Tenggorokan (THT) 2 orang
   i) Spesialis Patologi klinik 1 orang
   j) Dokter Umum 11 orang
   k) Dokter Gigi 1 orang

2. Tingkat efisisnsi dan mutu pelayanan

   Tingkat efisiensi dan mutu pelayanan dapat dilihat dari indikator kinerja pelayanan rumah sakit dengan melihat indikator saat ini tahun 2011 dengan

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

membandingkan kepada indikator tahu sebelumnya tahun 2010. Dimana indikator tersebut adalah sebagai berikut:

Uraian	Indikator thn 2010	Indikator thn 2011
Bed Occupancy Rate (BOR)	53%	53%
Average length of stay(Avlos)	6 hari	3 hari
Bed Turn Over (BTO)	51 hari	57 hari
Turn Over Interval (TOI)	3 hari	3 hari
Net DeathRate (NDR),	9/1000 penderia keluar	21/1000 penderia keluar
Gross DeathRate (GDR),	41/1000 penderia keluar	41/1000 penderia keluar

Pencapaian Tingkat Pelayanan Terhadap Pelayanan Kepada Masyarakat Di Rumah Sakit

Sejalan dengan meningkatkan tingkat kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat di rumah sakit umum daerah Puri Husada Tembilahan dan untuk mencapai indikator dan efesiensi pelayanan rumah sakit, maka harus disesuaikan dengan tujuan dan sasaran dari rumah sakit tersebut. Program dan pelayanan kesehatan yang tergolong "Public Goods" (program dan pelayanan yang memberi manfaat bagi orang banyak atau yang mempunyai eksternalitas tinggi). Program adalah kumpulan kegiatan nyata yang sistematis dan terpadu guna mencapai sasaran yang telah ditetapkan. Ada beberapa alasan mengapa dimensi pelayanan publik dan kepuasan pelanggan sangat penting untuk diperhatikan dirumah sakit. Pertama pengguna jasa disektor publik khususnya dirumah sakit telah dimana pengguna jasa telah mengeluarkan uangnya baik secara langsung maupun tidak langsung sehingga wajar para pengguna jasa (pasien) sehingga pasien wajar untuk menuntut kepuasan haknya dan untuk mendapatkan jasa yang sebaik-baiknya. Kedua pemberi jasa (dokter, perawat dll) sebagai *public servant* telah menerima

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

gaji dalam memberikan jasa pelayanan, dengan demikian dituntut kewajibannya untuk mencari cara-cara dalam memberikan kenyamanan dan kepuasan kepada pasien.Selama ini ada kecendrungan pada pelaksanaan dipelayanan publik terlalu disibukan dengan peraturan-peraturan dan regulasi yang kadang-kadang menyulitkan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan publik, baik dalam memenuhi kewajibannya maupun menuntut hak-haknya. Tuntunan perubahan dalam hal pelayanan kesehatan kepada masyarakat dimana rumah sakit dituntut untuk; 1) memiliki kemampuan menumbuhkan good govarnance, 2) memiliki kemampuan untuk memberikan hak-hak kepada masyarakat, 3) memiliki pemahaman dan prilaku *sense of crisis*, 4) memiliki kemampuan profesional, *public accountability* dan *responbility*, 5)memiliki kemampuan untuk memenuhi dan melindungi kepentingan masyarakat. Kecendrungan bahwa tingkat kepercayaan terhadap pelayanan masyarakat dirumah sakit menuntut kualitas pelayanan yang baik, karena masyarakat sudah membayar atau mengeluarkan uang untuk mendapatkan pelayanan publik. Dalam hal ini rumah sakit sebagai organisasi pelayanan publik harus mampu mengedepankan keuanggulan kompetitif. Pilihan ini merupakan conditio sine quanon bagi organisasi pelayanan publik (rumah sakit) jika tidak ingin ditinggalkan para pelanggannya.

Menurut David Osborne & Ted Gaebler (1996:94) bahwa terdapat manfaat yang dapat diperoleh organisasi pelayanan publik (rumah sakit), apabila berorientasi pada sistem kompetisi, yaitu: 1) kompetisi mendatangkan efisiensi dan mendapatkan banyak uang, 2) kompetisi memaksa organisasi pelayanan publik (rumah sakit) merespon segala kebutuhan pelanggan, 3) kompetisi

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

mengahragi inovasi, 4) kompetisi mampu membangkitkan rasa harga diri dan semangat organisasi pelayanan publik (rumah sakit).Kualitas pelayanan publik hanya akan diwujudkan, jika dalam organisasi pelayanan terdapat sistem pelayanan yang mengutamakan kepentingan publik. Kualitas pelayanan publik sebagaimana menurut Goetcsh dan David dalam Lembaga Administrasi Negara Republik Indonesia (2006:16) didefinisikan sebagai suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, manusia, proses dan lingkungan yang memenuhi atau melebihi harapan. Peningkatan terhadap kualitas pelayanan dilakukan pada saat pemberian pelayanan yaitu terjadinya kontak antara pelanggan dengan petugas pemberi pelayanan (service contac person). Kualitas pelayanan akan terlihat dari kesusaian pelayanan yang diterima dengan apa yang menjadi harapan dan keinginan pelanggan tersebut.

Sianipar dan Retno (2001:176) mengatakan dalam memahami kebutuhan pelanggan yang sesuai dengan ekspektasi mereka, ada beberapa cara yaitu: 1)Reaktif yaitu memahami keutuhan pelanggan dengan mendengarkan keluhan pelanggan. Pendekatan ini kurang efektif dalam mencipatakan pelayanan yang memuaskan pelanggan secara berkesinambungan, 2) Aktif, yaitu memahami kebutuhan pelanggan dengan menjawab setiap ada pertanyaan pelanggan dan menawarkan jasa yang disediakan, pendekatan ini kurang efektif, karena tujuanya baru pada tingkat mendengar secara aktif, belum menggali pada ekspektasi pelnggan, 3)Proaktif, yaitu memahami kebutuhan pelanggan dengan cara aktif menjaring informasi apa yang berkaitan dengan akspektasi pelanggan, 4) Bench Marking yaitu memahami kebutuhan pelanggan melalui suatu proses pengukuran

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

pelayananyang dilakukan secara terus menerus dengan cara membandingkan pelayanan terbaik dari instansi lain yang menjadi pesaingnya. Dari keempat cara tersebut ada dua cara yang dipandang sebagai cara yang efektif dalam dalam melakukan pelayanan publik (rumah sakit) yang berkualitas. Ke dua cara ini dapat dikatakan sebagai langkah menuju kompetitif, dimana dilakukan dengan penerpan formula yang disebut "Total Quality Management" sering disebut TQM.

TQM adalah suatu pendekatan dengan menjalankan bisnis yang mengupayakan untuk memaksimalkan daya saing lembaga melalui perbaikan yang berkesinambungan dari mutu produk, jasa, proses lingkungan.(manajemen, dalam nur hidayat sardini , 2001, 1965). Dalam konsep TQM terdapat 10 elemen yang harus dalam melangkah menuju kompetitif yaitu:1) Fokuskan pada pelanggan (focus of costumers), 2) Obsesi kualitas (quality obsessivenesis) artinya organisasi publik memiliki sumber daya manusia ang senantiasa terobsesi untuk memenuhi atau melampaui mutu yang diharapkan publik. 3) Pendekatan ilmiah (Scientific approach) yaitu melakukan pendekatan ilmiah dalam mendesain struktur kerja, pengambilan keputusan, penyelesaian masalah dan melakukan perbaikan. 4) Komitmen jangka panjang (long term commitment), yaitu dalam penerapannya merupak suatu budaya yang memerlukan komitmen jangka panjang dari seluruh karyawan.5) Pekerjaan Tim (Team Working) yaitu memandang penting kerja tim guna memenangkan suatu persaingan

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN

Berdasarkan hasil temuan dan pembahasan yang dilakukan maka rumah sakit sebagai suatu organisasi pelayanan kesehatan yang dalam riwayatnya memang organisasi sosial yang tidak terlalu memikirkan penghasilan. Namun dalam perkembangannya agar supaya tetap eksis dan dapat memberikan pelayanan yang bermutu secara terus menerus diperlukan anggaran yang cukup, yang tidak selalu dapat diperoleh dari sumber anggaran yang tradisional. Dengan penghasilan tersebut rumah sakit dapat melayani pelanggan dengan sebaik-baiknya.

Kebijakan tarif rumah sakit pemerintah berdasarkan SK Menkes RI Nomor: 582/ MENKES/SK/VI/1997 tentang pola tarif rumah sakit pemerintah mengamanatkan bahwa tarif rumah sakit diperhitungkan atas dasar *unit cost* dengan memperhatikan kemampuan ekonomi masyarakat, rumah sakit setempat lainnya serta kebijaksanaan subsidi silang. Dalam undang-undang Rumah Sakit No.44 Tahun 2009 pada Bab VI bagian kesatu pasal 20 ayat 1 dinyatakan bahwa berdasarkan pengelolaannya rumah sakit dibagi atas publik dan rumah sakit privat. Dimana rumah sakit publik dikelola oleh pemerintah dan pemerintah daerah diselenggarakan berdasarkan Badan Layanan Umum (BLU) atau Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan.

Penelitian analisa biaya di RSUD Puri Husada Tembilahan dengan dasar hukum disebutkan diatas bertujuan untuk proses pengumpulan data. keuangan rumah sakit dan mendapatkan informasi tentang biaya dan komponen biaya, biaya satuan, *output* yang dapat digunakan untuk penetapan tarif jenis pelayanan, pemantauan *cost recovery* dan

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

UNIVERSITAS TERBUKA

penilaian efisiensi rumah sakit. Maka dalam penelitian ini dapat diambil simpulan sebagai berikut:

1. RSUD Puri Husada Tembilahan sesuai dengan Peraturan Daerah (Perda) Kabupaten Indragiri Hilir Nomor : 31 Tahun 2008 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja (SOTK) Rumah sakit Daerah Kabupaten Indragiri Hilir mempunyai kewenangan untuk memanfaatkan peluang pasar sesuai dengan kemampuan dengan tetap melaksanakan fungsi sosial sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. Biaya total yang digunakan oleh Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Puri Husada Tembilahan dalam tahun 2010 adalah sebesar Rp.28,010,303,785.35.-. yang bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Indragiri Hilir dengan rincian:
   - ❖ Belanja tidak Langsung : Rp. 11.034.409.792.00.-
     Realisasi : Rp. 10.092.082.277.00.- (91,46%)
   - ❖ Belanja tidak Langsung : Rp. 16.975.893.993.35.-
     Realisasi : Rp. 13.581.297.949.00.- (80,00%)
3. Komponen biaya terbesar di RSUD Puri Husada adalah untuk biaya gaji, honor dan Intensif yang menyerap dana sebesar Rp.4,585,479,990.00.(48,20%)
4. AFC alat medis dan non medis relatif tinggi yakni Rp. 1,914,171,437.62 (20,12%) disebabkan banyaknya penggantian barang inventaris lama menjadi baru yang merupakan implikasi positif dari otonomi daerah bagi pembiayaan rumah sakit.
5. Hasil Analisis *Cost Recovery Rate* (CRR) dan Variasi Biaya Satuan Instalasi Rawat Inap didapatkan dimana Perbandingan Perda Tarif Rawat Inap RSUD Puri Husada TembilahanTahun 2010 dengan *Unit Cost Actual* terdapat selisih yang paling besar

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

yaitu pada ruang ICU sebesar Rp. 425,551.- dan yang terkecil pada ruang kelas III sebesar Rp.52,148.-

6. *Unit cost* pada kelas II berada jauh dari tarif berlaku sekarang membawa implikasi subsidi yang sangat besar untuk kelas tersebut, sehingga langkah-langkah subsidi silang dengan mengoptimalkan potensi pendapatan rumah sakit jelas perlu dilakukan untuk membantu mengurangi beban pemerintah daerah di bidang pembiayaan rumah sakit.

B. SARAN

Adapun saran yang dapat diberikan setelah melakukan analisis *unit cost* pada ruang rawat inap adalah sebagai berikut:

1. Melakukan beberapa upaya yang meningkatkan *cost recovery rate* pada ruang rawat inap RSUD Puri Husada melalui penyesuaian tarif perhitungan unit cost yang telah dilakukan.
1. Peningkatan tarif dari beberapa unit produksi yang memang dapat menghasilkan lebih besar dari yang lain sehingga dapat dilakukan sistem subdisi silangan antara satu dengan yang lain.
2. Diharapkan rumah sakit dapat melakukan efisiensi seminimal mungkin untuk pembelian atau pengeluaran terhadap alat/barang yang memang kurang termanfaatkan dengan baik oleh rumah sakit
3. Upaya meningkatkan Bor rumah sakit, output/quantity (hari rawatan) perlu dilakukan agar defisit neraca pendapatan dari tarif ruangan dapat diminimalisasi.
4. Manajemen profesional perlu dilakukan oleh rumah sakit milik pemerintah untuk menjamin kemajuan-kemajuan berarti dalam upaya peningkatan kemampuan dan mutu pelayanan kepada masyarakat.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

5. Analisis biaya ini yang telah ada perlu untuk dijadikan masukan bagi pihak RSUD Puri Husada Tembilahan dalam rencana pengajuan penyesuaian pola tarif rumah sakit kepada pemerintah daerah dan atau DPRD
6. Perubahan-perubahan tarif harus didukung oleh peningkatan mutu pelayanan kesehatan yang diselenggarakan
7. Studi tentang ATP dan WTP serta *impact* dari perubahan pola tarif perlu dilakukan untuk mengkaji kelayakan tarif pelayanan rawat inap rumah sakit terhadap pelayanan publik.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

DAFTAR PUSTAKA

A. Rochmad." *Penetepan Tarif Berdasarkan Unit Cost*". DepKes R.I Direktorat Jendral Pelayanan Medik.

A. Azwar. (1996) "*Pengantar Aministrasi Kesehatan*". Edisi ke 3. P.T Bina rupa Aksara Jakarta.

Ikhsan M, Agus Santoso, Harmanti (2007), *Administarsi Keuangan Publik*, Universitas Terbuka Jakarta

Dunn N. William (2000), *Pengantar Analisis KebijakanPublik*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta

Nugroho Riant.dr, (2008), *Public Policy*, Media Komputindo Gramedia Jakarta

D. Darmanto.1997 *"Kiat Mengelola Rumah Sakit"*. Hypokrates, Jakarta

Istianda Meita (2009) , *Panduan Belajar Studi Mandiri*, Universitas Terbuka Jakarta

Koesoemo Adi (2003)"Manajemen Rumah Sakit" Pustaka Sinar Harapan Jakarta

R. Agus. Sartono**"***Manajemen Keuangan Teori dan Aplikasi*, Edisi Ketiga, BPFE Yogyakarta.

Sabarguna.Boy.S (2004)"*Manajemen Keuangan Rumah Sakit*" Cetakan ke tiga September

Supriyantoro. (Vol 1 Juni 1999) *Analisa Biaya Paket Rawat Inap Harian Peserta Askes di Ruang Perawatan Umum***"**. Jurnal Administrasi Rumah Sakit,

Sulastomo (1999) *Pembiayaan Kesehatan.* PT.(Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia, Jakarta

Soejadi. (1966) "*Pedoman Penilaian Kinerja Rumah Sakit Umum*. Ketiga Bina. Jakarta.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Stefanus. S, Soedoko, A dan Nurul T. (1997), *Seminar Analisis Biaya dan Penyesuaian Tarif Pelayanan Kesehatan.* Makalah, Universitas Airlangga, Surabaya.

W. Suhriyani. (2000), *Pandangan Pasien Mengenai besaran Biaya dan Pengagaruhnya Terhadap Lama Perawatan Bagi Pasien Rawat Inap* Universitas Sumatera Utara.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor : 36 Tahun 1992* Tentang Kesehatan,

Pusdiklat Dep.Kes, " *Modul 5B Pola Perhitungan Tarif Rumah Sakit Pemerintah Berdasarkan Unit Cost*," Jakarta. 1997

Departemen Kesehatan RI, *Keputusan Mentri Kesehatan No.560/Menkes/SK/IV/2003,* tentang pola tarif perjan rumah sakit

Direktorat JPKM Dep.Kes R.I *"Pedoman perhitungan unit cost pada sarana kesehatan* primer dalam penyelengaraan JPKM" 2002

Departemen Kesehatan RI, *Keputusan Mentri Kesehatan No.133/Menkes/SK/IV/199,* tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit

Departemen Kesehatan RI, *Keputusan Menteri Kesehatan* No.983/Menkes/SK/XI/1992.

Departemen Kesehatan RI, *Keputusan Menteri Kesehatan* No. 031/Birhub/1972, tentang *Rumah Sakit.*

Departemen Kesehatan RI, *Peraturan Menteri Kesehatan* No. 59b/Menkes/Per/II/1988.

Departemen Kesehatan RI, *Keputusan Menteri Kesehatan* No. 134/Menkes/SK/IV/1998 tentang *Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum.*

Departemen Kesehatan RI, 1982. *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta.

Pemerintah daerah Kabupaten Indragiri Hilir (2001), Peraturan daerah Kabupaten Indragiri Hilir, Nomor:17 Tahun 2001Tentang *Retribusi Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir.*

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka

Pemerintah daerah kabupaten Indragiri Hilir (2005), Peraturan daerah Kabupaten Indragiri Hilir, Nomor: 14 Tahun 2005 Tentang *Retribusi Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir*.

Pemerintah daerah kabupaten Indragiri Hilir (2010), Peraturan daerah Kabupaten Indragiri Hilir, Nomor:2 Tahun 2010 Tentang *Restribusi Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Puri Husada Tembilahan Kabupaten Indragiri Hilir*.

UNIVERSITAS TERBUKA

Koleksi Perpustakaan Universitas Terbuka