



**ANALISIS UNIT COST, KEMAMPUAN DAN KEMAUAN
MEMBAYAR MASYARAKAT SEBAGAI DASAR
PENENTUAN TARIF RASIONAL RAWAT INAP
DI RSUD KOTA BAU-BAU
TAHUN 2005**

SUWARNI SURYA PUTRI

K 111 01 131



PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS HASANUDIN	
Tgl. Terbit	4-10-05
Asal	Flour
Banyak	1 (satu) ek
Harga	4
No. Inventaris	224/4-10-05

Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDIN
MAKASSAR**

2005

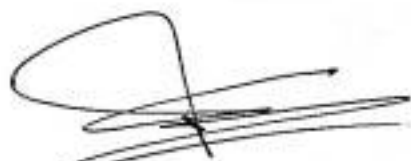
PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji ujian skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapat gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, Agustus 2005

Tim Pembimbing

Pembimbing I



(DR. dr. H M. Alimin Maidin, MPH)

Pembimbing II



(DR. H. Amran Razak, SE, MSc)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Administrasi Kebijakan kesehatan
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin



(DR. Dr. H M. Alimin Maidin, MPH)

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada Tanggal 2 Agustus Tahun 2005.

Ketua : **DR. dr. H M. Alimin Maidin, MPH**



(.....)

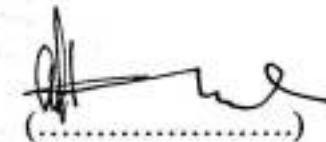
Sekretaris : **DR. H. Amran Razak, SE, MSc**



(.....)

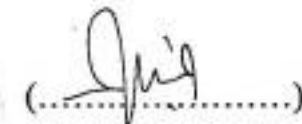
Anggota :

1. **DR. Asiah Hamzah, Drs, MA**



(.....)

2. **Hj. Fridawaty Rivai, SKM, MARS**



(.....)

3. **dr. Noer Bahry Noor, MSc**



(.....)

RINGKASAN
ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
SKRIPSI, JULI 2005

SUWARNI SURYA PUTRI

“Analisis Unit Cost, Kemampuan, dan Kemauan Membayar Masyarakat Sebagai Dasar Penentuan Tarif Rasional Rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tabun 2005”

(xv + 100 halaman + 31 Tabel + Lampiran)

Studi ini bertujuan untuk mengetahui biaya satuan (UC) pelayanan, Kemampuan dan kemauan membayar (ATP/WTP) pasien di instalasi rawat inap dengan jenis penelitian adalah survey deskriptif Untuk keperluan analisis biaya satuan, biaya diklasifikasikan menjadi biaya tetap, biaya semi variabel dan biaya variabel. Analisis biaya menggunakan *spreadsheet* dengan metode *double distribution*. Untuk mengukur ATP dan WTP pasien, populasi diperoleh dari pengguna layanan rawat inap selama satu bulan terakhir. Semua sampel merupakan populasi penelitian (total sampel).

ATP diperoleh melalui perhitungan jumlah rata-rata pendapatan dikurangi dengan jumlah pengeluaran dibagi dengan jumlah tanggungan dan 5% pengeluaran rumah tangga untuk non makanan serta total pengeluaran essential. WTP berdasarkan pengeluaran rumah tangga untuk keperluan kesehatan (WTP aktual) dalam satu tahun dan jumlah yang rela dibayarkan sesuai persepsi responden tentang pelayanan yang diterimanya (WTP normatif). Analisis deskriptif dilakukan untuk mengetahui ATP rata – rata dan WTP rata – rata.

Hasil yang diperoleh dari penelitian adalah : Besarnya biaya tetap (*fixed cost*) pada kelas I Rp 22.730.762 (15,7%), kelas II Rp 43.020.630 (29,7%) dan kelas III Rp 78.949.138 (54,6%). Besarnya biaya operasional tetap (*semi fixed cost*) pada kelas I Rp 79.035.487 (15,%), kelas II Rp 177.669.045 (33%) dan kelas III Rp 276.402.203 (52%). Besarnya biaya operasional tidak tetap (*variabel cost*) pada kelas I Rp 15.466.507 (14,8%), kelas II Rp 34.799.641(33,3%) dan kelas III Rp 54.132.775 (51,9%). Besarnya biaya total (*total cost*) pada kelas I Rp 782.206.186, kelas II Rp 637.505.685 dan kelas III Rp 104.398.924. Besarnya biaya satuan (*unit cost*) aktual pada kelas I Rp 474.810 – Rp 210. 263, kelas II Rp 82.021 – Rp 50.000 dan kelas III Rp 63.221 – Rp 35.000. Besarnya biaya satuan (*unit cost*) berdasarkan *output ideal* dengan BOR 80 % pada kelas I Rp 284.019 – Rp 125.774, kelas II Rp 55.757– Rp 40.000 dan kelas III Rp 44.773 – Rp 31.500. Besarnya kemampuan membayar rata – rata pasien berdasarkan ATP 1 dan ATP 3 > Rp 3.000.000 dengan persen kumulatif sebesar 25%, yang sebagian besar berada pada kelas I dan ATP 2 Rp 50.000 – Rp 100.000 dengan persen kumulatif sebesar 92,5% yang sebagian besar berada dikelas III. Hal ini menunjukkan semakin besar ATP pasien, maka mereka cenderung untuk memilih kelas perawatan yang lebih baik

atau lebih tinggi. Besarnya kemauan membayar aktual rata-rata pasien berdasarkan pengguna kelas I Rp 228.473, kelas II Rp 166.821 dan kelas III Rp 140.000 sedangkan besarnya kemauan membayar normatif rata-rata pasien berdasarkan pengguna kelas I Rp 260.000, kelas II Rp 129.250 dan kelas III Rp 63.000. Hal ini menunjukkan semakin besar kemauan membayar masyarakat maka mereka cenderung memilih kelas perawatan yang lebih baik. Kemauan membayar lebih rendah daripada kemampuan bayarnya. Hal ini menandakan bahwa kemampuan bayar yang tinggi tidak selalu diikuti dengan kemauan membayar yang tinggi. Hal ini juga disebabkan oleh pasien lebih memikirkan hal-hal lain yang tak kalah pentingnya dengan kesehatan yang juga membutuhkan biaya, selama dalam memperoleh pelayanan kesehatan masih bisa mendapatkan alternatif yang lain, misalnya memiliki kelas perawatan yang lebih rendah.

Tarif yang berlaku di RSUD Bau-Bau jauh dibawah *unit cost*, menyebabkan RSUD Bau-Bau mengalami kerugian disetiap kelas perawatan, keadaan ini tidak memungkinkan dilaksanakan subsidi silang antara kelas perawatan karena pada umumnya kelas-kelas perawatan mengalami *defisit* anggaran yang bahkan tidak mampu menutupi biaya operasionalnya sendiri dengan kata lain masih membutuhkan subsidi pemerintah yang cukup besar untuk menutupi kerugian anggaran yang dialami.

Disarankan dapat menyesuaikan menurut tarif rasional yaitu $unit\ cost + K$ (ATP dan WTP) agar memperoleh cukup revenue, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanannya secara mandiri, sekaligus melakukan subsidi silang untuk membantu masyarakat yang kurang mampu di kelas perawatan III. Penetapan tarif rasional harus mempertimbangkan ATP dan WTP masyarakat serta sebaiknya dilakukan pengkajian pada setiap tahun anggaran. Untuk dapat menekan komponen total (*total cost*) maka pihak manajemen rumah sakit perlu untuk melakukan efisiensi terhadap pengeluaran biaya operasional tetap dan biaya operasional tidak tetap.

Daftar Pustaka : 28 (1986 – 2004)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini sebagai salah satu syarat meraih gelar sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) dengan judul : Analisis *unit cost*, Kemampuan, dan Kemauan Membayar Masyarakat sebagai Dasar Penentuan Tarif Rasional Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Bau- Bau Tahun 2005.

Dalam upaya penyelesaiannya kami mendapat hambatan dan masalah, berkat bantuan dan kerjasama dari semua pihak maka akhirnya tulisan ini dapat diselesaikan. Untuk itu kami ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar – besarnya kepada:

1. Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat UNHAS, Para Pembantu Dekan, Dosen dan Staf dosen serta seluruh Karyawan yang telah memberikan bimbingan dan bantuan kepada penulis selama mengikuti pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Unhas.
2. Bapak Awaluddin,SKM selaku penasehat akademik yang telah memberikan bantuannya selama penulis mengikuti pendidikan di FKM UNHAS.
3. Bapak Dr.dr.H M.Alimin Maidin, MPH selaku ketua jurusan AKK FKM UNHAS beserta staf (Kak Nurmi, Kak Ardin, Kak Nanna) atas segala bantuan yang telah diberikan.

4. Bapak Dr.dr. H M. Alimin Maidin, MPH selaku pembimbing I dan Bapak Dr.H.Amran Razak, SE, MSc selaku pembimbing II atas segala perhatian dan bimbingannya selama penyelesaian skripsi ini
5. Dosen penguji Hj.Fridawaty Rivai, SKM, M.ARS, dr. Noer Bahry Noor, MSc dan Drs.Mapeaty Nyorong, MPH, atas segala arahan dan bimbingannya kepada penulis.
6. Bapak dr.Aminuddin Aumane Sp.A. selaku Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Bau- Bau yang dengan penuh ketulusan telah memberikan kemudahan kepada penulis dalam memperoleh dan mengakses data dalam rangka penulisan dan penyelesaian skripsi ini.
7. Staf Rumah Sakit Umum Daerah Bau-Bau, Bu juharni, Yusran, Bidan Mariha, Pak Kasman serta seluruh staf yang tidak bisa disebutkan satu persatu, saya ucapkan banyak terima kasih atas segala bantuan dan petunjuknya, semoga rahmat Allah SWT senantiasa tercurah atas kalian semua.
8. Kepala Badan Kesatuan Bangsa Kotamadya Bau-Bau atas segala partisipasinya mendukung kelancaran dalam pengambilan data penelitian.
9. Ayahanda Molo DS. Dan Ibunda Muliati, tiada kata yang pantas untuk mengungkapkan betapa besar rasa sayang dan cinta kepada kalian berdua. Atas semuanya yang telah kalian berikan, sesungguhnya tiada bisa terbalaskan dengan apapun di dunia ini. Semoga Allah SWT senantiasa memberikan rahmat dan perlindungan-Nya kepada kalian



10. Kakakku Andi, adikku Suci, Astri, Adi dan sepupu tersayang Alif, Aswar, Ira, Narti. Segala perhatian dan bantuanmu sangat kuhargai. Semoga Rahmat Allah SWT senantiasa meliputi kalian semua.
 11. Bapak Tjunaedi, SE dan Sudirman, SKM yang telah banyak membantu dalam pengambilan dan pengolahan data dan penyusunan skripsi penulis.
 12. Seluruh teman-teman” Cilaka 01” FKM UNHAS, Ina, Emmy, Lani, Adhe, Ria, Anto, Esa, Wandu, Aderi, Nur, Parlan, Uci, Marwah, Iqbal, Mala, Nisa, Merini, Odha, Uya, Mumu, Ricky, Ai, serta semua teman-teman yang tidak bisa disebutkan satu per satu. Terima Kasih atas Kebaikan, bantuan, persahabatan dan kekompakan yang kalian berikan.
 13. Seluruh teman-teman di pondok Abnur Abadi, Yuyun, Winda, Dian, Nien, Irma, Ima, Ipink, Noni, dan teman-temanku di BTP, Minar, Ani, Anti, Abbe, Jay, Deni, serta teman-temanku di Bone, Elly, Sate, Ardi, Anti, Eppi, Geka Team, Sul, Zuleba, Ega, Herman, Sepul, Asri. Terima kasih atas segala dukungannya.
 14. Seluruh mahasiswa FKM Program Non Reguler 2001 yang tidak sempat disebutkan namanya satu persatu. Terima kasih atas segala dukungannya
- Akhir kata, semoga skripsi ini bisa mendatangkan manfaat kita semua, dan atas segala budi baik semua pihak yang telah membantu semoga mendapatkan balasan yang sesuai dari Allah SWT Amin

Makassar, Juli 2005

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
RINGKASAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
DAFTAR ISTILAH.....	xiv
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	8
D. Manfaat Penelitian	9
IV. TINJAUAN PUSTAKA	11
A. Tinjauan Umum tentang Rumah Sakit	11
B. Tinjauan Umum tentang Tarif Rumah Sakit	14
C. Tinjauan Umum tentang Analisis Biaya Satuan	23
D. Tinjauan Umum tentang Kemampuan Membayar	36
E. Tinjauan Umum tentang Kemauan Membayar.....	39

V. KERANGKA KONSEP	44
A. Dasar Pemikiran Variabel Yang Diteliti	44
B. Model Hubungan Antar Variabel Yang Diteliti	46
C. Defenisi Operasional Dan Kriteria Objektif	47
VI. METODOLOGI PENELITIAN	49
A. Jenis Penelitian	49
B. Lokasi Penelitian	49
C. Populasi, Sampel dan Responden	49
D. Metode Pengumpulan Data	51
E. Pengolahan Dan Penyajian Data	51
V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	53
A. Hasil penelitian.....	53
B. Pembahasan.....	80
VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	97
A. Kesimpulan.....	97
B. Saran.....	99

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel	Halaman
1. Biaya Tetap (<i>Fixed cost</i> = FC) Pusat Biaya Rawat Inap Rumah Sakit Umum daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	54
2. Biaya Operasional Tetap (<i>Semi Fixed cost</i> = SFC) Pusat Biaya Rawat Inap Rumah Sakit Umum daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	55
3. Biaya Operasional Tidak Tetap (<i>Variabel cost</i> = VC) Pusat Biaya Rawat Inap Rumah Sakit Umum daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	56
4. Biaya Total (<i>Total cost</i> = TC) Pusat Biaya Rawat Inap Rumah Sakit Umum daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	57
5. Biaya Satuan (<i>Unit cost</i> = UC) Aktual Pusat Biaya Rawat Inap Rumah Sakit Umum daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	58
6. Biaya Satuan (<i>Unit cost</i> = UC) Ideal (BOR 80 %) Pusat Biaya Rawat Inap Rumah Sakit Umum daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	59
7. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	61
8. Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	61
9. Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	62
10. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	63
11. Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Anggota Keluarga / Tanggungan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005....	64
12. Distribusi Responden Berdasarkan Lama Rawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	65
13. Distribusi Responden Berdasarkan Kelas Perawatan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	65

14. Distribusi Responden Berdasarkan Pengeluaran Makanan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	66
15. Distribusi Responden Berdasarkan Pengeluaran <i>Non</i> Makanan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	67
16. Distribusi Responden Berdasarkan Pengeluaran <i>Non Essensial</i> di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	68
17. Distribusi Responden Berdasarkan Total Pengeluaran di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	69
18. Distribusi Responden Berdasarkan Total Pendapatan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	70
19. Distribusi Responden Berdasarkan Penanggung Biaya Kesehatan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	70
20. Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Tentang Tarif Kesehatan di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	71
21. Distribusi Responden Berdasarkan Pendapat Tentang Tarif di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	72
22. Distribusi Responden Berdasarkan <i>Ability To Pay</i> (ATP 1) di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	73
23. Distribusi Responden Berdasarkan <i>Ability To Pay</i> (ATP 2) di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	74
24. Distribusi Responden Berdasarkan <i>Ability To Pay</i> (ATP 3) di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	75
25. Distribusi Responden Berdasarkan <i>Willingness To Pay</i> (WTP) Aktual di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	76
26. Nilai Rata-rata Berdasarkan <i>Willingness To Pay</i> (WTP) Aktual di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	77
27. Distribusi Responden Berdasarkan <i>Willingness To Pay</i> (WTP) Normatif di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005.....	77

28. Tarif Perda Yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Bau-Bau Tahun 2005.....	78
29. Perbandingan Tarif RSUD Bau-Bau Dengan <i>Unit Cost</i> I Di Unit Rawat Inap Tahun 2005	79
30. Perbandingan Tarif RSUD Bau-Bau Dengan <i>Unit Cost</i> II Di Unit Rawat Inap Tahun 2005	79
31. Perbandingan Tarif RSUD Bau-Bau Dengan <i>Unit Cost</i> II Di Unit Rawat Inap Tahun 2005	80

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran

1. Rekapitulasi Biaya Tetap (*Fixed Cost*) Asli dan Biaya Variabel (*Variabel Cost*) Asli Pusat Pusat Biaya RSUD Bau – Bau Tahun 2005
2. Tabel Distribusi Ganda (*Double Distribution*) Asli per Pusat Biaya dan *Unit Cost* per Pusat Biaya Produksi RSUD Bau – Bau, *Spreadsheet* Biaya Tetap (*Fixed Cost*)
3. Tabel Distribusi Ganda (*Double Distribution*) Asli per Pusat Biaya dan *Unit Cost* per Pusat Biaya Produksi RSUD Bau – Bau, *Spreadsheet* Biaya Operasional Tetap (*Semi Variabel Cost*).
4. Tabel Distribusi Ganda (*Double Distribution*) Asli per Pusat Biaya dan *Unit Cost* per Pusat Biaya Produksi RSUD Bau – Bau, *Spreadsheet* Biaya Variabel (*Variabel Cost*).
5. Kuesioner Penelitian tentang kemampuan (ATP) dan kemauan (WTP) membayar masyarakat di RSUD Bau – Bau Tahun 2005.
6. Surat Pengantar Permohonan izin penelitian dari Fakultas kepada Walikota Bau – Bau Sulawesi Tenggara c.q.Kepala Badan Kesatuan bangsa
7. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau.
8. Surat Izin Penelitian dari Badan Kesatuan Bangsa
9. Biodata Penulis
10. Hasil Analisis kuesioner dengan SPSS Ver.11,5

DAFTAR SINGKATAN

Singkatan	Arti dan Keterangan
AIC	Annualized Investment Cost, Biaya Investasi Tahunan
ALOS	Average Length of Stay, Rata – Rata Hari Rawat
ATP	Ability To Pay, Kemampuan Membayar Masyarakat
ATK	Alat Tulis Kantor
BOR	Bed Occupancy Rate, Tingkat Pemanfaatan Tempat Tidur
BHP	Bahan Habis Pakai
BUMN	Badan Usaha Milik Negara
BEP	Break Event Point, Titik Impas
CRR	Cost Recovery Rate, Tingkat Pemulihan Biaya
FC	Fixed Cost, Biaya Tetap
FTP	Force To Pay, Keterpaksaan Membayar
HDI	Human Development Indeks, Indeks Pembangunan Manusia
L	Long Life, Masa Pakai
MC	Marginal Cost
Menkes	Menteri Kesehatan
P	Price, Harga
Q	Output, Produk
RSUD	Rumah Sakit Umum Daerah
RVU	Relative Value Unit, Biaya Perjenis Tindakan
SFC	Semi Fixed Cost, Biaya Operasional Tetap
SK	Surat Keputusan
TC	Total Cost, Biaya Total
TR	Total Revenue, Total Pendapatan
UC	Unit Cost, Biaya Satuan
UVC	Unit Variabel Cost
UFC	Unit Fixed Cost
VC	Variabel Cost, Biaya Operasional Tidak Tetap
WTP	Willingness To Pay, Kemauan Membayar Masyarakat
WHO	World Health Organization, Organisasi Kesehatan dunia

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indeks pembangunan manusia (HDI) Indonesia masih jauh terbelakang dibandingkan sebagian besar negara lain di dunia. Pada tahun 2000 Indeks pembangunan manusia (HDI) Indonesia berada dalam urutan ke 109 dari 181 negara, bahkan negara-negara ASEAN seperti Malaysia, Muangthai dan Filipina berada jauh di atas Indonesia. Hal itu terkait erat dengan rendahnya pembayaran pelayanan kesehatan baik oleh pemerintah dan swasta maupun masyarakat (Thabrany, 2002).

Biaya kesehatan yang dialokasikan pemerintah diperkirakan sebesar 2,5 % dari seluruh anggaran pemerintah. Pengeluaran pemerintah untuk pelayanan rumah sakit rata-rata hanya 20% dari total anggaran sektor kesehatan, dengan catatan anggaran untuk sektor kesehatan hanya berkisar 30% dari biaya kesehatan. Anggaran ini sebagian besar diberikan dalam bentuk subsidi ke pemberi pelayanan dalam bentuk anggaran rutin (gaji) dan pembangunan, dengan kata lain pola pembiayaan yang berlangsung selama ini tidak secara langsung diarahkan untuk masyarakat yang kurang mampu (Astuti dan Suparmato, 1999).

Sebagaimana suatu industri yang mempunyai struktur *fixed cost* yang tinggi, rumah sakit pemerintah menghadapi problem dalam investasi dan pengembangan program. Problem ini terjadi karena subsidi pemerintah berkurang

dari banyaknya prioritas yang harus dilayani, sehingga subsidi yang terus menerus tidaklah dapat diandalkan menutupi biaya-biaya yang diperlukan untuk memproduksi jasa pelayanan rumah sakit.

Bank dunia pada tahun 1997 memperkirakan bahwa hanya 40 % dari kebutuhan riil biaya operasional dan pemeliharaan untuk rumah sakit tipe C di Indonesia yang terpenuhi.

Menurut Pujirahardjo (1998) pada tahun 1995 rumah sakit yang dikelola pemerintah hanya mampu menutupi biaya operasional kegiatannya sebesar 20 % dari total anggaran yang diberikan, ini berarti bahwa sebesar 80 % sisanya masih mengharapkan subsidi dari pemerintah.

Misi rumah sakit pemerintah menuntut agar amanat rakyat dalam pelayanan rumah sakit dipenuhi, akan tetapi kemampuan pemerintah kurang. Terbatasnya dana kesehatan makin diperkuat oleh kenyataan bahwa biaya pelayanan kesehatan dan medis semakin mahal dengan laju inflasi yang tinggi. Perkiraan yang dibuat tahun 1989 menunjukkan bahwa laju inflasi biaya kesehatan adalah sekitar 14 % atau 2-3 kali inflasi ekonomi secara umum (Gani, 1996).

Biaya produksi pelayanan kesehatan di rumah sakit yang terus mengalami kenaikan dari tahun ke tahun antara lain disebabkan oleh meningkatnya harga obat-obatan, penggunaan alat/teknologi yang semakin canggih, dan meningkatnya *demand* (permintaan) masyarakat. Akibatnya terjadi berbagai isu ekonomi yang berkaitan dengan tarif rumah sakit pemerintah.

Saat ini tarif merupakan aspek yang sangat diperhatikan oleh rumah sakit. Tidak hanya rumah sakit swasta, namun juga milik pemerintah. Bagi rumah sakit pemerintah, tarif memang sudah diterapkan berdasarkan SK menteri kesehatan ataupun peraturan daerah. Akan tetapi disadari bahwa tarif umumnya mempunyai CRR yang rendah.

Pada prinsip tarif yang ada, *cost recovery* tidak memungkinkan rumah sakit pemerintah untuk berkembang, sementara kebutuhan berkembang semakin tinggi karena persaingan antar rumah sakit semakin besar.

Cost recovery rate rumah sakit pemerintah di Indonesia pada tahun 1995 termasuk sangat rendah, yaitu hanya 20 %, padahal berdasarkan laporan bank dunia pada akhir tahun 1980-an, *cost recovery rate* rumah sakit pemerintah di Shanghai sudah mencapai 85 % (Pudjirahardjo, 1998). Hal ini disebabkan oleh besaran tarif yang jauh lebih rendah dibandingkan dengan biaya satuan.

Rumah sakit yang merupakan salah satu unit pelayanan kesehatan yang paling banyak menyerap biaya perlu dilakukan satu analisis biaya pelayanan rumah sakit dengan menggunakan *double distribusi* sehingga diperoleh biaya satuan yang dapat digunakan sebagai dasar penetapan tarif pelayanan kesehatan karena selama ini tarif yang ditetapkan tidak pernah melalui pertimbangan *Unit Cost*, ATP, WTP begitu pula rencana penetapan tarif baru.

Menurut Ascobat Gani (1997) masalah pokok dalam penyesuaian tarif adalah tidak tersedianya informasi tentang berapa harga sebetulnya biaya yang dikeluarkan oleh pemerintah persatu satuan pelayanan (*unit cost*) dan berapa

sebetulnya kemampuan membayar masyarakat (*ability to pay*, ATP). Informasi ini sangat diperlukan untuk meyakinkan para pengambil keputusan khususnya para anggota DPRD dan pemerintah daerah setempat yang pada akhirnya mengeluarkan berbagai kebijakan tarif baik oleh melalui Perda atau surat-surat keputusan pemerintah daerah. Selain itu, dengan diberlakukannya UU No. 22 tahun 1999 tentang Otonomi Daerah dan UU No. 25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah, akan semakin membuka peluang bagi pemerintah daerah untuk meninjau kembali tarif layanan rumah sakit. Pada sebagian besar rumah sakit, Perda tersebut sangat jarang disesuaikan. Ada Perda tarif yang sudah berlaku 10 tahun yang lalu, walaupun selama kurun waktu tersebut telah terjadi inflasi biaya yang sangat tinggi.

Ditengah keterbatasan kemampuan sumber dana pemerintah, peran serta masyarakat dalam pembiayaan rumah sakit perlu terus digali dan ditingkatkan khususnya bagi golongan masyarakat yang mampu agar subsidi pemerintah secara bertahap dapat dikurangi dan dialihkan pada sektor-sektor yang lebih membutuhkan.

Hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Ternate Kabupaten Maluku Utara menjelaskan bahwa tarif yang diberlakukan pada unit rawat inap jauh lebih rendah bila dibandingkan dengan biaya satuan yang sebenarnya (Juhaseng, 1999). Penelitian yang sama dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Kabupaten Luwuk Banggai Propinsi Sulawesi Tengah juga menyimpulkan bahwa tarif yang diberlakukan lebih rendah dari biaya satuan (Husain, 1990).

Demikian pula dengan penelitian yang pernah dilakukan pada instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Kabupaten Polmas Propinsi Sulawesi Selatan menyimpulkan bahwa tanpa memasukkan biaya investasi dalam perhitungan biaya satuan, dengan tarif yang berlaku pemerintah memberikan subsidi kepada kelas VIP sebesar Rp 59.179, kelas I Rp 34.227, Kelas II Rp 45.835 dan kelas III Rp 38.000 (Minggu, 2000). Selain itu pada penelitian mengenai penetapan tarif rasional yang dilakukan oleh Munawar (2002) pada unit rawat inap Rumah Sakit Umum Kabupaten Majene menunjukkan bahwa tarif rasional yang diberlakukan memiliki *cost recovery rate* (CRR) yang lebih tinggi (111 %) daripada *cost recovery rate* berdasarkan tarif Perda (101%).

Dengan demikian jelaslah bahwa kecermatan menetapkan tarif memegang peranan yang amat penting. Apabila tarif tersebut terlalu rendah dapat menyebabkan pendapatan (*revenue*) yang rendah pula, dan jika lebih rendah dari total pengeluaran (*expense*), dapat dipastikan akan menimbulkan kesulitan dalam pembiayaan. Apabila rumah sakit ingin tetap menjaga kelangsungan programnya, maka perlu mengupayakan agar biaya yang dikeluarkan dapat dilampaui oleh pendapatan dan sedapat mungkin sama. Unit pelayanan di rumah sakit tidak hanya menjadi pusat biaya (*cost center*) tetapi dapat menjadi pusat pendapatan (*revenue center*).

Untuk itu perlu penyesuaian tarif per kelas secara tepat agar tersedia dana yang cukup dalam mengatasi kendala yang menyangkut biaya operasional dan pemeliharaan, serta sekaligus akan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

Namun demikian, dalam penyesuaian tarif pelayanan tersebut kita harus waspada pada dampak negatifnya pada aksesibilitas terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, yaitu tidak terjangkaunya pelayanan oleh penduduk tidak mampu.

Harga atau tarif dalam pelayanan kesehatan sangat berperan dalam menentukan *demand* dari kelompok yang berpendapatan rendah dibandingkan dengan kelompok yang berpendapatan tinggi. Untuk itu tarif pelayanan perlu ditetapkan secara rasional dengan mempertimbangkan biaya per unit dan harga yang layak diterima masyarakat pengguna jasa pelayanan. Menetapkan tarif yang relatif rendah, berarti subsidi pemerintah pada pengguna jasa pelayanan akan besar. Studi dan penelitian yang dilakukan oleh bank dunia dan beberapa pakar bidang kesehatan telah membuktikan bahwa subsidi pemerintah untuk pelayanan kesehatan lebih banyak dinikmati oleh golongan masyarakat yang mampu (WHO, 1993).

Dalam bidang kesehatan, penetapan tarif bukan ditujukan untuk *profit maximization* tetapi *a just profit* dalam arti keuntungan yang diperoleh akan dikembalikan lagi ke dalam fasilitas kesehatan tersebut untuk menjaga stabilitas kehidupannya, meningkatkan kualitas pelayanannya dan dapat diupayakan untuk subsidi silang. Agar tarif yang ditetapkan sesuai dengan kemampuan masyarakat, maka diperlukan data dan informasi mengenai kemampuan dan kemauan masyarakat untuk membeli pelayanan.

Rumah Sakit Umum Daerah Bau-Bau sebelumnya adalah Rumah Sakit Tipe D. Tahun 1997 oleh pemerintah pusat lewat Keputusan Menteri kesehatan

RI No. 1231/Menkes/SK X/1997 tanggal 28 oktober 1997 tentang peningkatan kelas rumah sakit maka status RSUD kota Bau – Bau yang saat itu masih milik Pemda Kabupaten Buton berubah menjadi kelas C. SK ini kemudian dikuatkan dengan Perda No.12 tahun 2000 tentang Struktur Organisasi dan Tata Kerja Kantor RSUD kota Bau-Bau, dimana sampai saat ini masih menggunakan tarif sesuai dengan Perda No.12 Tahun 2000. Pengenaan tarif yang berlaku sekarang ini belum berdasarkan pada analisis biaya satuan dan tidak mempertimbangkan kemampuan (*ability to pay* = ATP) dan kemauan membayar (*willingness to pay* = WTP) masyarakat. Karena analisis biaya satuan pelayanan pada RSUD kota Bau- Bau selama ini belum pernah dilakukan. Demikian pula survey mengenai gambaran kemampuan dan kemauan membayar masyarakat jasa layanan kesehatan di RSUD kota Bau- Bau belum pernah dilakukan. Selain itu persentase pemakaian tempat tidur atau BOR (*bed occupancy rate*) secara umum menurun dari 63,50% pada tahun 2001 menjadi 60,29% pada tahun 2002, padahal BOR yang ideal suatu rumah sakit adalah 65-85%. BOR yang rendah dari sebuah rumah sakit menunjukkan bahwa pemanfaatannya belum sesuai dengan yang diharapkan.

Berdasarkan berbagai uraian tersebut, maka perlu dilakukan analisis biaya satuan, kemampuan dan kemauan membayar pasien atau masyarakat pengguna jasa layanan kesehatan sehingga nantinya dapat diketahui biaya yang sesuai dan akhirnya sebagai salah satu acuan kepada pengambil kebijakan berkenaan

penentuan tarif serta acuan untuk perencanaan anggaran di rumah sakit khususnya pada unit rawat inap.

Dengan mengetahui *unit cost*, kemampuan dan kemauan membayar masyarakat, pihak rumah sakit dapat memperkirakan berapa besar tarif yang tidak menimbulkan kerugian bagi pihak rumah sakit tersebut namun tidak pula memberatkan masyarakat pengguna pelayanan kesehatan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan pada kenyataan tersebut, maka dirumuskan masalah yang menjadi perhatian dalam penelitian ini adalah:

1. Berapa biaya satuan (*unit cost*) yang harus dikeluarkan oleh Rumah sakit Umum Daerah Bau- Bau untuk pelayanan kesehatan rawat inap (kelas perawatan I, II dan III)
2. Berapa besar tingkat kemampuan membayar (*ability to Pay*) rata-rata pasien di unit rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau- Bau
3. Berapa besar tingkat kemauan membayar (*willingness To Pay*) rata-rata masing-masing kelas perawatan (kelas perawatan I, II dan III) di unit rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau-Bau.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran *unit cost*, kemampuan membayar (*ability top pay*) serta kemauan membayar (*willingness to pay*) masyarakat di Rumah Sakit Umum Daerah Bau-Bau.

2. Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui berapa besar biaya satuan (*unit cost*) yang harus dikeluarkan oleh Rumah Sakit Umum Daerah Bau-Bau di unit rawat inap (kelas perawatan I, II dan III).
2. Untuk mengetahui berapa besar tingkat kemampuan membayar (*ability to pay*) rata-rata pasien di unit rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau-Bau.
3. Untuk mengetahui berapa besar tingkat kemauan membayar (*willingness to pay*) rata-rata pasien masing-masing kelas perawatan (kelas perawatan I, II dan III) di unit rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau-Bau.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan manfaat yaitu :

1. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khasanah ilmu pengetahuan dan merupakan bahan bacaan bagi peneliti berikutnya.

2. Manfaat Institusi

a. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian di intalasi rawat inap kelas I, kelas II, kelas III pada Rumah Sakit Umum Daerah Bau-Bau ini dapat digunakan untuk perencanaan, pengawasan/pengendalian serta penentuan tarif yang sesuai pada Rumah Sakit Umum Daerah Bau-Bau.

b. Bagi Departemen Kesehatan

Merupakan masukan untuk menyusun kebijakan tentang manajemen keuangan rumah sakit dalam membina rumah sakit swadana.

c. Bagi Rumah Sakit Lain

Merupakan informasi yang dapat digunakan sebagai studi banding dalam melakukan analisis biaya di instalasi rawat inap rumah sakit.

3. Manfaat Praktis

Merupakan pengalaman yang berharga untuk menambah pengkajian ilmu ekonomi kesehatan untuk kelak dipakai dalam melakukan analisis biaya untuk penetapan tarif rasional di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau-Bau.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit

1. Pengertian Rumah Sakit

Batasan mengenai rumah sakit banyak macamnya. Beberapa diantaranya yang dipandang penting adalah:

- a. Menurut *American Hospital Association* (1974) dalam Azwar (1996). Rumah sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga media profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien.
- b. Menurut Wolpe dan Pena (1987) dalam Azwar (1996). Rumah sakit adalah tempat dimana orang sakit mencari dan menerima pelayanan kedokteran serta tempat dimana pendidikan klinik untuk mahasiswa kedokteran, perawat dan berbagai profesi kesehatan lainnya diselenggarakan.
- c. Menurut *Association of Hospital Care* (1947) dalam Azwar (1996). Rumah sakit adalah pusat dimana pelayanan kesehatan masyarakat, pendidikan serta penelitian kedokteran diselenggarakan.

- d. Menurut *World Health Organization* (WHO) dalam Ilyas (2001). Rumah sakit adalah suatu bagian integral dari organisasi sosial dan medis, berfungsi memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap kepada masyarakat, baik kuratif maupun rehabilitatif, dimana *output* layanannya menjangkau pelayanan keluarga dan lingkungan dan di rumah sakit, juga merupakan pusat pelatihan tenaga kesehatan serta penelitian bio sosial.

2. Macam Rumah Sakit

Rumah sakit dapat digolongkan menurut jenis pelayanan dari pemilik atau pengelolanya. Menurut jenis pelayanannya, rumah sakit dapat digolongkan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus. Secara terperinci penggolongan tersebut sebagai berikut (Soebaryo, Pudjarahardjo, 1993:5) :

- a. Rumah Sakit Umum
- b. Rumah Sakit Khusus, yang meliputi:
 - 1) Rumah Sakit Jiwa
 - 2) Rumah Sakit Kusta
 - 3) Rumah Sakit Tuberkulosa Paru
 - 4) Rumah Sakit Mata
 - 5) Rumah Sakit Ortopedi dan Protesa
 - 6) Rumah Sakit Bersalin
 - 7) Rumah Sakit Jantung Harapan Kita
 - 8) Rumah Sakit Spesialis

Menurut pengelola atau pemiliknya, rumah sakit digolongkan sebagai

berikut :

- a. Rumah Sakit Vertika (milik Depkes)
- b. Rumah Sakit Pemda Tingkat I
- c. Rumah Sakit Tingkat II
- d. Rumah Sakit ABRI
- e. Rumah Sakit Departemen lain/BUMN
- f. Rumah Sakit Swasta

3. Klasifikasi Rumah Sakit

Dalam Permenkes RI Nomor 159 B/Menkes/Per/1988 tentang rumah sakit menyebutkan bahwa fungsi rumah sakit adalah menyediakan dan menyelenggarakan pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, pelayanan perawatan rehabilitatif, pencegahan peningkatan kesehatan, dan sebagai tempat pendidikan dan pelatihan tenaga medik dan paramedik (Depkes, 1988).

Menurut kemampuan pelayanan medik yang diberikan, rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi rumah sakit umum kelas D, rumah sakit umum kelas C, rumah sakit umum kelas B, rumah sakit umum kelas A. Pelayanan medik di rumah sakit umum kelas D umumnya diberikan oleh dokter umum dan pelayanan spesialisik dalam jumlah terbatas. Di rumah sakit umum kelas C dapat diberikan pelayanan spesialisik paling tidak dalam empat jenis yaitu : pelayanan spesialisik bedah, spesialisik kebidanan dan kandungan, spesialisik anak, dan spesialisik penyakit dalam. Selain itu,

rumah sakit umum kelas C juga dilengkapi dengan pelayanan medik penunjang, yaitu : spesialisik radiologi, spesialisik anestesi, dan spesialisik patologi (laboratorium). Rumah sakit umum kelas B adalah rumah sakit yang dapat memberikan pelayann spesialisik secara lengkap, bahkan beberapa diantaranya dapat memberikan pelayanan sub spesialisik tertentu. Rumah sakit umum kelas A adalah rumah sakit yang dapat memberikan pelayanan medik, baik spesialisik lengkap maupun suspesialistik dalam jumlah yang relatif lebih banyak dibandingkan rumah sakit umum kelas B.

B. Tinjauan Umum Tentang Tarif Rumah Sakit

1. Pengertian dan Penentuan Tarif

Pengertian tarif tidaklah sama dengan harga. Sekalipun keduanya menunjuk pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh konsumen. Menurut Asrul Azwar, pengertian tarif ternyata lebih terkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh jasa pelayanan, sedangkan pengertian harga lebih terkait pada besarnya biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh barang. Sekalipun perbedaan antara tarif dengan harga cukup jelas, namun bagi kebanyakan anggota masyarakat perbedaan yang seperti ini sulit dimengerti. Oleh masyarakat pemakai jasa pelayanan kesehatan, tarif diartikan sama dengan seluruh biaya yang harus dikeluarkan untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Adanya pengertian yang seperti ini jelas tidak sesuai karena dalam pengertian seluruh biaya tersebut, telah termasuk harga barang yang untuk Indonesia misalnya obat-obatan yang

memang pengelolaannya sering dilakukan terpisah dengan pengelolaan sarana pelayanan kesehatan (Azwar, 1996).

Peranan tarif dalam pelayanan kesehatan memang sangat penting untuk dapat menjamin kesinambungan pelayanan. Setiap sarana kesehatan harus dapat menetapkan tarif yang dapat menjamin total pendapatan yang lebih besar dari total pengeluaran.

Sesuai dengan keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 582/Menkes/SK/VI/1957 tentang pola tarif rumah sakit pemerintah, maka yang dimaksud dengan tarif adalah sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dibebankan kepada pasien sebagai imbalan jasa atas pelayanan yang diterimanya.

Penentuan tarif rumah sakit diatur dalam SK Menteri Kesehatan Nomor 003/BIRHUB/1972, juga dalam SK Menteri Kesehatan RI Nomor 243/Menkes/VI/1980 tanggal 21 Juni, SK/VI/1997. Untuk rawat inap penentuan tarif tersebut menyangkut komponen biaya akomodasi, jasa konsultasi medik, pemeriksaan peninjang diagnostik, pemeriksaan diagnostik, pemeriksaan diagnostik elektromedik, pemeriksaan dan tindakan diagnostik khusus serta rehabilitasi medik.

Penentuan tarif rumah sakit pemerintah ditujukan untuk mencapai tingkat *cost recovery* yang ditargetkan pemerintah yang paling sedikit memenuhi biaya rumah sakit kecuali gaji dan investasi serta pada saat yang juga ditujukan untuk memberikan akses pelayanan kesehatan kepada

masyarakat. Mengingat sebagian besar biaya rumah sakit makin disubsidi oleh pemerintah dan dengan asumsi struktur biaya rumah sakit pemerintah minimum sama dengan rumah sakit swasta maka tarif rumah sakit pemerintah perlu ditetapkan lebih rendah daripada tarif rumah sakit swasta dengan misi sosial yang tetap diperhatikan. Dalam konteks ini rumah sakit pemerintah perlu menetapkan strategi penetapan tarif dengan memperhatikan jenis pelayanan yang ada. Untuk strategi tersebut, beberapa alternatif penetapan tarif yaitu :

- a. Penetapan tarif berdasarkan nilai prestise
- b. Penetapan tarif dengan menggunakan strategi *loss leader* atau menurunkan harga jual pertama
- c. Penetapan tarif berdasarkan dampak psikologis

Penetapan tarif dapat dirumuskan sebagai berikut :

- 1) Tarif kelas III : $1/3 \times \text{Unit Cost}$ kelas II
- 2) Tarif kelas II : $1 \times \text{Unit Cost}$ kelas II
- 3) Tarif kelas I : $2-9 \times \text{Unit Cost}$ kelas II
- 4) Tarif kelas utama (VIP) : $10-20 \times \text{Unit Cost}$ kelas II

Dapat pula dengan menggunakan ketentuan :

$$\text{Tarif} = \text{Unit Cost} + \text{konstanta}$$

Dimana konstanta ini ditetapkan berdasarkan kebijakan keuangan di rumah sakit yang bersangkutan dengan mempertimbangkan faktor-faktor :



a. Tingkat Pemulihan Biaya (*Cost Recovery Rate*)

Tarif dapat ditetapkan untuk meningkatkan pemulihan biaya (*cost recovery*) rumah sakit. Hal semacam ini terutama dijumpai pada rumah sakit pemerintah yang semakin lama semakin berkurang subsidi. Karena itu kebijakan swadana sangat berkaitan dengan penetapan tarif yang dihubungkan dengan pemulihan biaya.

b. Subsidi Silang

Subsidi silang merupakan suatu kebijakan yang diharapkan pengguna jasa pelayanan medis dari kalangan yang mampu ekonominya dapat ikut serta meringankan beban biaya pasien ekonomi lemah. Dengan konsep subsidi silang ini maka tarif kelas VIP dan kelas I semestinya diatas *unit cost* agar surplus dari tarif tersebut dapat digunakan untuk mengatasi defisit di kelas III atau bangsal misalnya.

c. Mengurangi Pesaing

Penetapan tarif terkadang dilakukan untuk mengurangi potensi pembangunan rumah sakit baru yang akan menjadi *kompetitor* baru. Dengan cara ini maka rumah sakit yang sudah beroperasi terlebih dahulu mempunyai strategi agar tarifnya tidak dapat disamai oleh rumah sakit baru.

d. Memaksimalkan Pendapatan

Pada ciri pasar monopoli maka penetapan tarif dapat dilakukan dengan tujuan memaksimalkan pendapatan. Tanpa kehadiran pesaing dalam suasana pasar dengan *demand* tinggi, maka tarif pada tingkatan yang setinggi-tingginya. Pada akhirnya, rumah sakit bertujuan untuk meningkatkan *surplus* setinggi-tingginya.

e. Memaksimalkan Penggunaan Pelayanan

Adalah suatu kondisi dimana rumah sakit mempunyai BOR yang rendah. Guna meningkatkan BOR maka tarif ditekan serendah mungkin. Dengan demikian tujuan utama adalah meningkatkan *utilisasi* walaupun pada akhirnya *surplus* juga diharapkan ada dengan penetapan tarif.

f. Meminimalisasi Penggunaan Pelayanan

Untuk mengurangi pemakaian, tarif dapat ditetapkan secara tinggi. Sebagai contoh, tarif pemeriksaan umum di rumah sakit pemerintah ditetapkan jauh lebih tinggi dengan pelayanan sejenis puskesmas. Dengan cara ini maka fungsi rujukan dapat ditingkatkan.

g. Menciptakan Citra Rumah Sakit

Tarif dapat ditetapkan dengan tujuan meningkatkan citra sebagai rumah sakit untuk kalangan atas. Sebagai contoh, berbagai rumah sakit elitis menetapkan tarif perawatan super VIP yang sangat mahal. "Citra Produk" dibangun melalui kesan kemewahannya.

Berdasarkan faktor-faktor tersebut, maka besarnya konstanta dapat ditetapkan yaitu berupa angka nominal (rupiah) ataupun persentase terhadap besaran biaya satuan (*unit cost*).

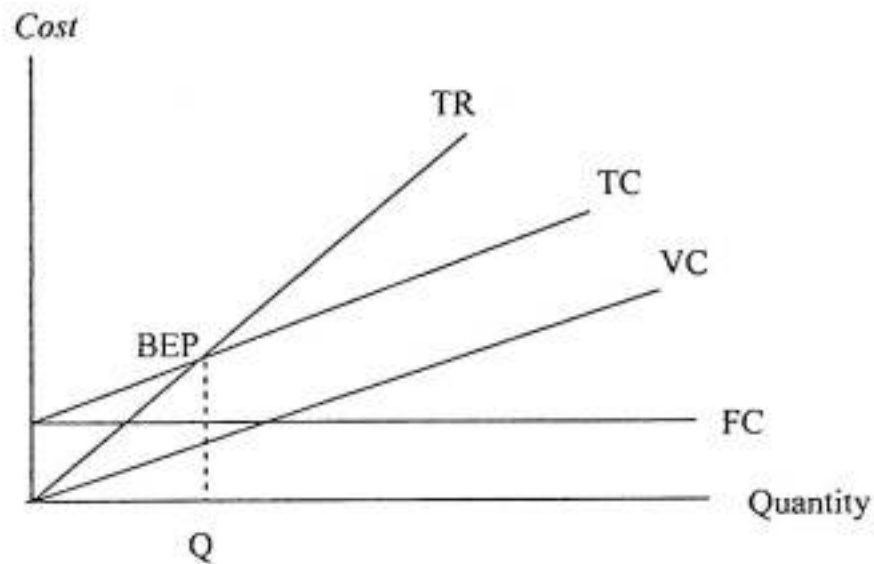
Ada dua kondisi yang mempunyai dampak terhadap perubahan tarif, yaitu :

- a. Pelayanan kesehatan yang ada sudah dipergunakan secara berlebihan (*Excuse Demand*), misalnya BOR yang meningkat sedikit. Peningkatan tarif pada kondisi ini secara teoritis akan meningkatkan *demand*, yaitu jika tambah *revenue* digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan.
- b. *Demand* masih rendah, peningkatan tarif meningkatkan *demand* dan oleh karenanya akan mengurangi *revenue* kecuali pelayanan tersebut in elastis terhadap perubahan tarif.

2. Tarif Rasional

Pada tingkat mikro, hubungan antara biaya total, pendapatan total dan jumlah *output* (produk) dapat menentukan tarif rasional. Dimana tarif rasional adalah tarif optimal yang berusaha untuk melayani *konsumer surplus*, tetapi tetap mempertahankan pemerataan pelayanan kesehatan rawat inap di rumah sakit.

Ini dapat digambarkan dalam grafik penggunaan tarif rasional :



Dalam gambar tersebut, biaya total (TC) adalah jumlah biaya tetap (FC) dengan biaya variabel (VC). Sedangkan pendapatan total (TR) adalah jumlah *output* (Q) dikalikan dengan harga per satu unit. Karena harga per satu unit adalah tarif ($P = Price$), maka dapat pula dinyatakan bahwa :

$$TR = Q \times P$$

Khusus dalam hal penetapan tarif yang sudah berjalan, asumsinya adalah Q sudah *fixed*. Rumah sakit tidak dapat dengan mudah menentukan berapa jumlah pasien yang harus datang ke rumah sakit tersebut. Selanjutnya, TC adalah variabel yang dapat diperkirakan. Dengan demikian, dalam menelaah berbagai kemungkinan tarif, masalahnya adalah mengkaji hubungan antara TC dan TR, yang dapat digambarkan sebagai berikut :

$$TC >> TR$$

$$\text{Atau } (FC + VC) >> (Q \times P)$$

Atau $\{(UFC \times Q) + (UVC \times Q)\} >< (Q \times P)$

Dimana : UFC adalah unit "FC" dan UVC adalah unit "VC" yang nilainya diperoleh dari analisis biaya rumah sakit.

Dalam persamaan diatas, yang akan ditentukan adalah P (*price*). Karena asumsinya Q sudah ditetapkan (*given*), maka alternatif tarif tinggal ditentukan oleh variasi TC.

Ada dua kemungkinan yang terjadi dengan TC, yaitu mendapat subsidi (*total atau partial*) dan tidak dapat disubsidi. Berikut ini akan diuraikan kemungkinan P dalam dua kondisi keadaan tersebut.

a. Rumah Sakit Dengan Subsidi

Dalam keadaan ini ada dua kebijakan tarif yaitu : tarif untuk mencapai titik impas (*break even*), dan tarif untuk mencapai keuntungan yang sudah ditetapkan (*predetermined profit*).

Tarif titik impas (*break even*)

Tarif *break even* dalam keadaan disubsidi tergantung pada besarnya subsidi tersebut. Jika seluruh TC disubsidi, maka *break even* sudah dicapai pada $P = 0$.

Tetapi dalam kenyataan, subsidi yang diperoleh biasanya terbatas. Misalkan semua biaya investasi disubsidi, keadaan *break even* dicapai pada :

$$(UVC \times Q) = (Q \times P)$$

$$\text{Atau : } P = UVC$$

UVC dalam hal ini adalah biaya satuan (*unit cost*) setelah komponen biaya depreciasi investasi dikurangi. Jadi tarif yang diberlakukan sama dengan biaya satuan yang terdiri dari komponen gaji/upah, obat, bahan makanan, pemeliharaan, air/listrik/telepon dan biaya operasional lainnya.

Kemungkinan lain, karena pada dasarnya gaji/upah adalah *semi variabel cost*, maka P akan sama dengan UC dikurangi UFC dan juga dikurangi biaya gaji. Oleh karena penambahan dan pengurangan jumlah pasien dalam skala kecil tidak mempengaruhi besar FC dan gaji/upah, maka sebetulnya biaya satuan tanpa FC dan gaji/upah adalah sama dengan biaya marginal (*marginal cost = MC*).

Marginal cost : besarnya biaya tambahan yang diperlukan untuk menaikkan produksi sebesar satu unit dengan perkataan lain, dalam kemungkinan ini:

$$P = MC$$

Nampaknya kebijakan tarif yang terakhir ini relevan untuk rumah sakit pemerintah yang diharapkan dapat beroperasi secara mandiri dalam kebijaksanaan ini, pemerintah melalui rumah sakit menjalankan fungsi sosialnya melalui subsidi investasi dan gaji/upah.

Perluasan gedung atau renovasi gedung dan pembelian alat baru atau *replacement* alat, ditanggung oleh pemerintah (subsidi).

b. Rumah Sakit Tanpa Subsidi

Kalau tanpa subsidi, misalnya pada kasus sebagian besar rumah sakit swasta, maka tarif *break even* disesuaikan dengan persamaan :

$$\{FC + (UVC + Q)\} = (P \times IQ)$$

Dimana UVC (*unit variabel cost*) ini akan mencakup semua elemen biaya operasional.

C. Tinjauan Umum Tentang Analisis Biaya Satuan (*Unit Cost*)

1. Konsep Biaya

Unsur pokok dari suatu analisis biaya adalah pengertian tentang biaya (*cost*), untuk itu sebelum menguraikan tentang analisis biaya perlu dijelaskan lebih dahulu apa yang dimaksud dengan biaya itu sendiri.

Kalau ditinjau dari sudut fungsi biaya, ada beberapa definisi yang mengemukakan tentang biaya, yaitu:

- a. Menurut *Committee On Cost Concept and Standards of The American Accounting Association*, biaya adalah pengorbanan yang diukur dalam satuan uang, yang dilakukan atau harus dilakukan untuk mencapai tujuan tertentu.
- b. Menurut Volmer, biaya adalah pengeluaran nyata baik yang ekonomis maupun tidak dalam menghasilkan suatu produk/pelayanan kesehatan yang dikenal sebagai biaya historis atau *aktual cost*

- c. Menurut Gani A, biaya yang betul-betul dibutuhkan untuk menyediakan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar medis dan non medis dikenal sehingga biaya normatif atau *normatif cost*.
- d. Menurut Limperg, biaya adalah semua pengeluaran uang yang bertujuan ekonomis, baik nyata (*absolut*) maupun yang diperhitungkan (*applied/imputed cost*) seperti biaya penghapusan dari peralatan tahan lama, biaya bunga dan modal sendiri.
- e. Biaya merupakan pengorbanan (*sacrifice*) yang bertujuan untuk memproduksi atau memperoleh suatu komoditi (Gani, 1990).

Jadi dalam definisi biaya terdapat empat unsur pokok yaitu:

- a. Biaya merupakan pengorbanan sumber ekonomi
- b. Diukur dalam satuan uang
- c. Yang telah terjadi maupun secara potensial akan terjadi
- d. Pengorbanan tersebut untuk tujuan tertentu

2. Pusat Biaya

Pada dasarnya semua unit rumah sakit adalah pusat biaya (*cost center*), namun ada yang menghasilkan pendapatan dan ada yang tidak menghasilkan pendapatan. Unit yang menghasilkan pendapatan disebut sebagai pusat pendapatan (*revenue center*) dan pusat pendapatan tersebut bertanggung jawab pada pendapatan dari satu jenis kegiatan tertentu misalnya pusat pendapatan rumah sakit antara lain rawat inap dan rawat jalan.

Sedangkan unit yang tidak menghasilkan pendapatan disebut sebagai pusat pengeluaran (*cost center*). Pusat pengeluaran bertanggung jawab pada pengeluaran yang terkait dengan suatu kegiatan tertentu seperti administrasi umum, dapur, dan instalasi pemeliharaan sarana. Selain kedua pusat biaya diatas, juga terdapat *profit* atau *surplus center*, yakni pusat biaya produksi yang menghasilkan keuntungan (*profit*). Tidak seluruh pusat biaya produksi menguntungkan, meskipun selalu merupakan pusat pendapatan.

3. Jenis Biaya

Untuk keperluan analisis, biaya dapat dikelompokkan menurut beberapa kriteria, yaitu:

a. Berdasarkan pengaruh pada perubahan skala produksi, biaya dapat dibedakan menjadi:

1) Biaya tetap (*fixed cost*)

Biaya yang nilainya secara relatif tidak dipengaruhi oleh besarnya jumlah produksi (*output*). Biaya ini harus tetap dikeluarkan, walaupun tidak ada pelayanan.

2) Biaya variabel (*variabel cost*)

Biaya yang nilainya dipengaruhi oleh banyaknya produksi (*output*). Pada umumnya besar volume produksi sudah direncanakan secara rutin. Oleh sebab itu biaya variabel sering juga disebut sebagai biaya rutin. Biaya tidak tetap biasanya berupa daya operasional yang habis dikeluarkan selama satu tahun.

3) *Semi Fixed Cost*

Biaya tetap untuk tingkat volume kegiatan tertentu dan berubah dengan jumlah konstan pada volume produksi tertentu.

4) *Semi Variabel Cost*

Biaya yang memiliki sifat antara *fixed cost* dan *variabel cost*. Khusus untuk rumah sakit yang belum memproduksi dengan maksimal, penambahan jumlah fasilitas tidak perlu disertai dengan penambahan personil. Jadi biaya yang berubah tidak sebanding dengan perubahan volume kegiatan, karena biaya semi variabel mengandung unsur biaya tetap dan unsur biaya variabel.

b. Berdasarkan lama penggunaannya, dibedakan dalam

1) *Biaya Investasi (Investment Cost)*

Adalah biaya yang kegunaannya dapat langsung dalam kurun waktu yang relatif lama. Biasanya batasan waktu untuk biaya investasi ditetapkan lebih dari satu tahun. Batas waktu satu tahun ditetapkan atas dasar kebiasaan bahwa anggaran biasanya direncanakan dan direalisasikan untuk satu tahun. Biaya investasi ini biasanya berhubungan dengan pembangunan atau pengembangan infrastruktur fisik dan kapasitas produksi (alat produksi). Biaya investasi dihitung dari nilai barang investasi yang disetahunkan (*annualized invested cost/AIC*) atau biaya defresi atau biaya penyusutan.

Biaya penyusutan adalah biaya yang timbul akibat terjadinya pengurangan nilai barang inventaris yang dipakai dalam proses produksi akan mengalami penyusutan nilai, baik karena makin usang atau karena mengalami kerusakan fisik. Ada beberapa metode yang dapat dipakai untuk menghitung penyusutan yaitu metode garis lurus (*straight line*), metode saldo menurun (*deching balace*), jumlah angka-angka tahun (*sum of years digit*) dan metode unit produksi (*unit of production*). Salah satu metode yang paling umum digunakan adalah metode penyusutan garis lurus (*straight line method*), yaitu pengurangan jumlah historis yang sama untuk setiap tahun. Apabila analisis biaya dilakukan dalam satuan waktu anggaran, maka perlu dicari nilai biaya investasi satu tahunan. Nilai biaya investasi satu tahun ini disebut nilai biaya investasi pertahun (*annualized investment cost*) atau AIC dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

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

Keterangan:

AIC : *Annualized Investment Cost* (biaya investasi tahunan)

IIC : *Initial Investment Cost* (Nilai Awal Barang)

i : Laju inflasi (pada saat analisis biaya)

t : Lama pakai (tahun dilakukan analisis atau tahun beli)

L :Perkiraan masa hidup (umur ekonomis) barang investasi yang bersangkutan (perkiraan waktu dalam tahun pada masa mana alat/barang tersebut bisa berfungsi).

2) Biaya Operasional

Adalah biaya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan dalam suatu proses produksi dan memiliki sifat habis pakai dalam kurun yang relatif singkat (kurang dari satu tahun).

Konsep yang sering dipakai secara bersamaan dengan biaya operasional yaitu biaya pemeliharaan (*maintenance cost*). Biaya pemeliharaan adalah biaya yang dikeluarkan untuk mempertahankan nilai suatu barang investasi agar tetap berfungsi. Biaya operasional dan pemeliharaan, dengan sifatnya yang habis pakai, pada umumnya dikeluarkan secara berulang (*recurrent cost*). Biaya operasional seperti listrik, telepon, air, ATK dan pemeliharaan barang investasi juga sering disebut dengan biaya umum atau *overhead*.

c. Berdasarkan fungsi atau aktivitas sumber biaya dapat dibedakan menjadi:

1) Biaya Langsung (*Direct Cost*)

Adalah biaya yang dibedakan pada sumber biaya yang mempunyai fungsi penunjang (aktivitas) langsung terhadap output (pelayanan).

2) Biaya Tak Langsung (*Indirect Cost*)

Adalah biaya yang dibebankan pada sumber yang mempunyai fungsi penunjang (aktivitas tak langsung) terhadap output.

4. Analisis Biaya

Analisis biaya adalah suatu proses pengumpulan dan pengelompokan data keuangan rumah sakit untuk memperoleh usulan biaya rumah sakit. Sedangkan menurut Wahyu Sulistiodi tahun 1991, analisis biaya adalah proses menata kembali data atau informasi yang ada dalam laporan keuangan untuk memperoleh usulan biaya pelayanan rumah sakit. Dengan kata lain analisisn biaya adalah pendistribusian biaya dari unit penunjang ke unit penunjang, dan unit penunjang ke unit produksi pelayanan rumah sakit dari pelayanan yang diberikan pada pasien.

Dengan menggunakan konsep rumah sakit sebagai suatu jalur produksi maka analisis biaya menjadi sangat penting. Saat ini dimana rumah sakit telah menjadi suatu lembaga sosio ekonomi menjadikan analisis biaya sebagai suatu hal yang menjanjikan. Perhitungan biaya dilukiskan sebagai suatu catatan sistematis mengenai transaksi rinci yang berhubungan dengan pandangan untuk mendapatkan pengeluaran total dan unit biaya bangsal, Departemen dan kegiatan (Trisnanto, 1998).

Ada tiga syarat mutlak sebelum dilakukan suatu analisis biaya untuk mendapatkan hasil yang akurat, yaitu: 1) struktur rumah sakit yang baik, 2) sistem akuntansi yang tepat, dan 3) adanya informasi yang kuat.

Berman melengkapi persyaratan dalam melakukan analisis biaya, yaitu : 1) harus terdapat organ pelayanan rumah sakit yang menyatakan pusat-pusat pelayanan yang bertanggung jawab, 2) identifikasi semua pusat biaya

penunjang dan biaya produksi harus jelas, 3) sistem akuntansi yang dapat menyediakan data keuangan pada setiap pusat biaya, 4) harus ada sistem informasi yang memenuhi kebutuhan data non keuangan pada masing-masing pusat biaya sebagai dasar alokasi dari pusat biaya penunjang ke pusat biaya produksi dan perhitungan biaya satuan pada pusat biaya produksi, 5) metode perhitungan yang dipilih harus dapat digunakan sesuai dengan situasi pelayanan rumah sakit.

5. Manfaat Analisis Biaya

- a. Diperolehnya jumlah satuan biaya dari suatu unit produksi rumah sakit dan biaya satuan dari tiap-tiap *output* rumah sakit. Informasi ini diperlukan untuk alokasi dan perencanaan rumah sakit.
- b. Menentukan tarif dan berbagi jenis pelayanan rumah sakit
- c. Peningkatan efisiensi penggunaan dana
- d. Analisis rugi laba
- e. Secara mikro, analisis biaya dapat digunakan oleh direktur rumah sakit sebagai bahan pertimbangan bernegosiasi dengan pihak ketiga (misalnya PT. ASKES), sebagai alat untuk mengawasi dan mengendalikan biaya secara periodik, sebagai bahan laporan rumah sakit kepada pengelola.

6. Konsep Biaya Satuan

Biaya satuan adalah biaya untuk setiap satu satuan produk. Biaya satuan diperoleh dari biaya total (*total cost*) dibagi dengan jumlah produk (*output*). Tinggi rendahnya biaya satuan tidak saja dipengaruhi oleh besarnya biaya total, tetapi juga dipengaruhi oleh besarnya biaya produk. Rumus umum biaya satuan untuk setiap pusat biaya produk adalah :

$$Uci = \frac{Tci}{Tqi}$$

Keterangan :

Uci : Biaya Satuan pada Pusat Biaya Produksi Tertentu (i)

Tci : Biaya Total pada Pusat Biaya Produksi Tertentu (i)

Tqi : *Output* Total pada Pusat Biaya Produksi Tertentu (i)

Sedangkan untuk menghitung *total cost*/biaya satuan ada tiga cara, yaitu :

- a. $TC I = \text{Fixed Cost (FC)} + \text{Semi Variabel Cost (SVC)} + \text{Variabel Cost (VC)}$
- b. $TC II = \text{Semi Variabel Cost (SVC)} + \text{Variabel Cost (VC)}$
- c. $TC III = \text{Variabel Cost (VC)}$

d. Langkah-Langkah Menghitung Biaya Satuan

Dalam perhitungan biaya satuan pelayanan kesehatan ada beberapa langkah yang perlu dilakukan :

a. Mengidentifikasi pusat biaya (*cost center*)

Pusat biaya adalah unit dimana sejumlah biaya dikeluarkan untuk membiayai unit tersebut dalam menjalankan misi yang diembannya. Pusat biaya pelayanan kesehatan dapat dibagi menjadi dua yaitu :
1) pusat biaya produksi, dan 2) pusat biaya penunjang.

b. Melakukan pengumpulan data, baik data biaya (investasi, operasional, dan pemeliharaan), data *output*, maupun data pembobot (dasar alokasi) untuk masing-masing pusat biaya.

Data pembobot (dasar alokasi) diperlukan untuk,
1) mendistribusikan biaya total kedalam masing-masing pusat biaya, dan
2) untuk mendistribusikan biaya asli yang ada di pusat biaya penunjang ke pusat biaya produksi. Data *output* dalam perhitungan *Unit Cost* dibedakan menjadi dua yaitu : 1) *output* yang homogen, dan 2) *output* yang heterogen.

Pada dasarnya *output* pada unit homogen sama dengan unit heterogen berupa jumlah kunjungan dan tindakan, hanya dirinci menurut jenis tindakan yang ada. Untuk data *output* yang heterogen dicari pula data pembobotnya dengan menggunakan pendekatan *relatif value unit* (RVU). *Output* pelayanan kesehatan juga dapat didekati melalui dua cara yaitu dengan melihat kapasitas (normatif) misalnya pada rawat inap kapasitas dapat dihitung dari jumlah tempat tidur yang tersedia. Sedangkan *output* aktual (positif) adalah *output* yang benar-benar dihasilkan oleh pelayanan

tertentu misalnya jumlah hari rawat inap (*patient days*). Pendekatan *output* seperti inilah yang pada akhirnya membedakan antara biaya satuan aktual dan biaya satuan normatif.

Biaya satuan aktual disebut juga biaya rata-rata. Biaya ini digunakan untuk menilai efisiensi produksi, yaitu dengan melihat trennya selama beberapa tahun atau membandingkan biaya rata-rata di rumah sakit lain. Sedangkan **biaya satuan normatif** disebut juga sebagai biaya satuan (*Unit Cost*) adalah biaya yang sesungguhnya (*riil*) yang harus dikeluarkan untuk menghasilkan satu satuan produk atau *output*, sehingga biaya satuan normatif inilah yang digunakan untuk menetapkan tarif. Adapun rumus dalam menghitung biaya satuan normatif :

$$UC = \frac{TFC}{TQP} + \frac{TVC}{TQA}$$

Keterangan : UC = biaya satuan total


TFC = total biaya tetap

TVC = total biaya variabel

TQA = total *output*

TQP = total kapasitas

Penggunaan kedua jenis biaya satuan ini bertujuan untuk melihat kinerja dari rumah sakit. Jika *output* aktual yang dihasilkan oleh kelas perawatan sudah sesuai dengan standar kinerja rawat inap (BOR 80 % - 90%) maka *unit cost* dapat digunakan untuk menentukan tarif rasional.



namun jika *output* dari suatu kelas perawatan jauh dibawah standar kinerja maka pihak rumah sakit sebelum tarif harus memperhatikan besarnya *Unit Cost ideal* tersebut.

Untuk data biaya, dihitung data biaya investasi, biaya operasional, dan biaya pemeliharaan. Untuk perhitungan investasi biasanya dihitung dari barang yang dapat digunakan lebih dari satu tahun. Ada juga yang berdasarkan nilai barang. Meskipun barang tersebut bisa digunakan untuk jangka waktu lebih dari satu tahun, tetapi karena nilai barang tersebut rendah maka ia tidak dimasukkan dalam biaya investasi. Adapun beberapa nilai barang yang dapat dimasukkan dalam barang investasi adalah :

- 1) nilai bangunan, 2) nilai kendaraan, 3) nilai peralatan medis, 4) nilai peralatan rumah tangga.

Selain itu diperlukan juga data mengenai :

- 1) jumlah dan harga satuan masing-masing jenis barang investasi, 2) umur ekonomis setiap barang, 3) lama pemakaian, dan 4) laju inflasi.

Untuk biaya operasional dihitung dari nilai seluruh barang, bahan, dan tenaga yang digunakan untuk melakukan proses produksi. Adapun komponen yang termasuk dalam biaya operasional adalah :

- 1) biaya obat dan bahan medis, 2) biaya pegawai, 3) biaya bahan kantor, 4) biaya listrik dan air, 5) biaya operasional kendaraan, 6) biaya telepon, fax, dan teleks, serta 7) biaya perjalanan dinas termasuk seragam dinas dan biaya umum lainnya.

Untuk komponen biaya pemeliharaan mencakup pemeliharaan gedung, kendaraan, peralatan medis, dan alat rumah tangga. Biaya

operasional dan pemeliharaan tersebut dihitung dalam kurun waktu satu tahun sehingga bisa dijumlahkan dengan nilai tahunan biaya investasi untuk memperoleh biaya total atau *total cost*.

- c. Melakukan distribusi masing-masing jenis biaya dari pusat biaya penunjang kepusat biaya produksi.

Dalam menghitung biaya satuan, biaya yang ada di pusat biaya penunjang harus didistribusikan ke pusat biaya produksi. Kalau hal ini tidak dilakukan maka hasil perhitungan biaya satuan akan *under estimate*, sebab ada biaya yang tidak dihitung.

- d. Melakukan perhitungan biaya satuan(*Unit Cost*)

Dalam perhitungan biaya satuan atau *unit cost*, biasanya digunakan metode distribusi ganda atau *double distribution method*. Untuk biaya satuan yang ada di unit homogen seperti ruang rawat inap, dapat dihitung langsung dengan membagi total biaya dan total *output* dari masing-masing unit produksi yang sifatnya homogen. Sedangkan untuk unit heterogen seperti bagian bedah dan laboratorium, perlu dibobot terlebih dahulu dengan *Relative Value Unit* untuk masing-masing tindakan pelayanan. RVU ini merupakan nilai biaya relatif yang membedakan antara masing-masing jenis pelayanan. RVU diperoleh melalui survei dengan membandingkan biaya masing-masing jenis tindakan.

D. Tinjauan Umum Tentang Kemampuan Membayar (*Ability To Pay*)

Permintaan (*demand*) terhadap pelayanan kesehatan dapat diartikan sebagai bertemunya kemampuan dan kemauan membayar pada diri seseorang dan juga merupakan gambaran keinginan individu yang dilatarbelakangi dengan kemampuan untuk membayar. *Demand*, kemampuan, dan kemauan seseorang untuk membeli/mengonsumsi barang atau jasa dipengaruhi oleh :

1. Besar kemungkinan sakit oleh seseorang
2. Besarnya kerugian/biaya pengobatan yang harus ditanggung
3. Besarnya iuran wajib yang harus dibayarkan untuk menjadi anggota asuransi
4. Pendapatan
5. Sikap dalam menghadapi resiko pengobatan

Dalam teori *demand* menurut ilmu ekonomi dijelaskan bahwa harga/tarif berperan dalam menentukan *demand* terhadap pelayanan kesehatan. Tarif ini ditetapkan sesuai dengan kemampuan membayar masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan kemampuan dana rumah sakit dalam menyediakan sarana dan prasarana. Oleh karena itu, diperlukan data dan informasi mengenai kemampuan dan kemauan membayar masyarakat sehingga sarana pelayanan kesehatan dapat menyediakan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat untuk tercapainya optimalisasi pelayanan kesehatan.

Demikian halnya dalam perhitungan tarif yang dihitung dengan menggunakan *unit cost* ditambah konstanta, dimana konstanta ditetapkan

Berdasarkan kebijakan keuangan rumah sakit yang bersangkutan dengan mempertimbangkan tujuan rumah sakit, kemampuan dan kemauan membayar masyarakat, jumlah *consumer* yang diharapkan serta tarif pesaing, pola *demand* sangat dipengaruhi oleh perilaku konsumen dalam menentukan corak *demand* terhadap suatu barang atau jasa berdasarkan pada harga barang dan jasa yang bersangkutan, selera dan preferensi, pendapatan, harga substitusi barang sejenis, serta besarnya manfaat barang dan jasa tersebut.

Kemampuan membayar masyarakat adalah kemampuan membayar sesuai dengan kemampuan membayar jasa pelayanan kesehatan yang telah diterima seorang yang dapat diukur dengan melihat tingkat pendapatan atau kemakmuran (ekonomi) seseorang. Besarnya *ability to pay* berkaitan dengan besarnya penghasilan rumah tangga, makin tinggi penghasilan rumah tangga maka makin besar pula pendapatan rata-rata membayar masyarakat terhadap pelayanan kesehatan (Comprehensive Review of JPKM, 2000).

Kemampuan membayar pelayanan kesehatan berhubungan positif dengan adanya peningkatan pendapatan, sehingga *ability to pay* (ATP) terhadap pelayanan kesehatan didefinisikan sebagai kesanggupan dalam membayar jasa pelayanan kesehatan yang diterima seseorang yang dapat diukur dengan melihat pendapatan dan kemakmuran ekonominya.

Menurut Getler Van Der Gaag (1990) ukuran yang dipakai untuk mengukur tingkat kemakmuran seseorang:

a. Ukuran Pendapatan

Pendapatan adalah keseluruhan biaya sesuai dengan kemampuan membayar jasa pelayanan kesehatan yang telah diterima seseorang yang dapat diukur dengan melihat tingkat pendapatan dan kemakmuran (ekonomi) seseorang.

b. Ukuran Pengeluaran

Pengeluaran adalah besarnya biaya yang dikeluarkan oleh individu atau keluarga untuk memenuhi kebutuhan pokok (*non* medis) dan medis dengan cara mengukur selisih total pengeluaran individu dengan pengeluaran pokok yang non medis individu atau keluarga meliputi sandang, pangan, dan perumahan.

c. Ukuran Seluruh Kekayaan Yang Dimiliki

Pendapatan rata-rata masyarakat dalam menggunakan pelayanan kesehatan yang tersedia diukur dengan melihat sejumlah kekayaan yang dimiliki yakni dilihat dari pendapatan rata-rata seseorang untuk memiliki barang-barang mewah. Dalam konsep *utility* dinyatakan bahwa orang akan menghabiskan pendapatannya untuk membeli barang dan jasa sebagai usahanya untuk memaksimalkan kepuasannya (Priyono Tjiptoherjanto, 1994).

Rumus kemampuan membayar menurut Gafni (1991) adalah :

$$\text{ATP} = \frac{(\text{Jumlah rata-rata pendapatan}) - (\text{jumlah rata-rata pengeluaran})}{\text{Jumlah rata-rata beban tanggungan}}$$

Sedang berdasarkan survei sosial ekonomi nasional (SUSENAS) tahun 1997, beberapa konsep untuk menghitung kemampuan membayar antara lain :

- 1) Kemampuan membayar untuk pelayanan kesehatan diperkirakan sama dengan 5 % pengeluaran rawat inap untuk non makanan. Analisis data SUSENAS di beberapa kabupaten dengan menggunakan kriteria menunjukkan bahwa pendekatan kemampuan membayar sebagian 5 % pengeluaran non makanan tersebut terlalu rendah. Dalam kenyataannya, sebagian besar rumah tangga sudah mengeluarkan biaya jauh di atas kemampuan membayar.
- 2) Kemampuan membayar adalah setara dengan pengeluaran rumah tangga yang tergolong sebagai pengeluaran untuk keperluan yang bersifat "non essential" termasuk pengeluaran untuk :
 - a) Rokok, alkohol, dan jajan
 - b) Hiburan, pesta, dan rekreasi

Sehingga kemampuan membayar dirumuskan sebagai berikut :

$\text{ATP} = 5 \% \text{ dari Total Pengeluaran Non Makanan, atau}$ $\text{ATP} = \text{Total Pengeluaran Non Esensial}$

E. Tinjauan Umum Tentang Kemauan Membayar (*Willingness To Pay*)

Rumah sakit merupakan suatu institusi yang menyediakan produk dalam bentuk jasa, yakni pelayanan kesehatan dan pasien dalam hal ini sebagai pihak pasar atau pengguna jasa tersebut seperti pengertian yang dikemukakan oleh William J. Santon dan Mursid (1997) bahwa pasar adalah orang-orang yang memiliki keinginan untuk puas, uang untuk belanja dan kemauan untuk membelanjakannya, maka disini tampak bahwa terhadap suatu produk apakah

barang atau jasa, para pengguna selalu menginginkan kepuasan apabila ia menggunakannya, tetapi walaupun ia memiliki kemauan yang kuat, hal tersebut akan sulit diraih manakala ia tidak memiliki kemauan (*financial*) untuk bisa memiliki dan menggunakan produk tersebut. Dan begitupun sebaliknya, sebesar apapun kemampuan membayar yang dimiliki oleh seseorang tetapi kemudian ia sama sekali tidak memiliki kemauan maka ia juga tidak akan menggunakan produk tersebut.

Demikian pula halnya rumah sakit sebagai penyedia jasa pelayanan kesehatan, perlu untuk memperhatikan tingkat kepuasan pasien, kemampuan serta kemauan membayar pasien terhadap tarif yang berlaku. Menurut Tjiptoherijanto (1994), penyesuaian tarif pelayanan tersebut perlu diwaspadai dampak negatifnya pada aksesibilitas terhadap fasilitas pelayanan kesehatan, yaitu tidak terjangkaunya pelayanan oleh penduduk tidak mampu. Oleh sebab itu, pihak penyedia pelayanan kesehatan perlu mempertimbangkan faktor kemampuan dan kemauan pasien untuk membayar tarif pelayanan yang diterimanya, karena pada dasarnya konsep ekonomi adalah kemampuan dan kemauan untuk membayar yang mendasari setiap kegiatan individu atau masyarakat dalam memilih suatu alternatif pelayanan kesehatan.

Kemauan membayar adalah kemauan membayar seseorang terhadap pelayanan kesehatan dimana kemampuan seseorang untuk membuat keputusan dalam menerima pelayanan kesehatan bervariasi berdasarkan jenis pelayanan yang diterima dan tingkat sistemnya. Pesan pilihan seseorang pada suatu sistem harus

mempertimbangkan dengan baik cara dan tempat konsumen dapat membuat keputusan rasional mengenai pelayanan kesehatan dan kapan konsumen mau melakukannya.

Permintaan merupakan kemauan membayar berbagai barang dan jasa yang dikonsumsinya. Hal ini terjadi jika konsumen memiliki berbagai keinginan terhadap barang dan jasa dan keadaan tersebut mesti digabungkan dengan pendekatan yang terbatas.

Menurut Philips (1997), pendekatan yang dilakukan adalah dengan mengajukan pertanyaan kepada pasien yang telah memperoleh jasa pelayanan kesehatan dengan tarif yang ingin dibayar sesuai dengan pelayanan kesehatan yang diterimanya.

Kemauan membayar seseorang terhadap pelayanan kesehatan yang diterimanya juga dapat diukur dengan dua pendekatan, yakni (Gani,1991):

Pendekatan pertama yang disebut kemauan membayar aktual, yakni mengukur besarnya pengeluaran seseorang yang telah ia bayar untuk memperoleh pelayanan kesehatan, besarnya nilai yang dibayarkan tersebut dianggap sebagai nilai yang bersedia dan mau dibayar oleh seseorang .

WTP aktual = Besarnya pengeluaran yang telah dilakukan oleh seseorang dalam menerima pelayanan kesehatan.

Pendekatan kedua adalah yang disebut kemauan membayar normatif, yakni mengukur besarnya nilai pengorbanan yang bersedia dikeluarkan oleh pasien jika mendapat pelayanan sesuai yang diharapkan. Besarnya pengeluaran yang bersedia

dibayar oleh pasien ini diperoleh dengan menanyakan kepada pasien berapa yang ingin ia bayar jika pelayanan ditingkatkan.

WTP Normatif = Besarnya nilai pengorbanan yang bersedia dikeluarkan oleh seseorang dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang sesuai dengan yang dijanjikan.

Kemauan membayar tidak selalu harus mencerminkan kemampuan membayar seseorang terhadap pelayanan kesehatan tersebut, masyarakat yang berpendapatan rendah akan memiliki keterbatasan dalam kemampuan bayar sehingga membebani mereka dengan pembayaran pelayanan kesehatan yang tinggi akan menggeser keperluan mereka atas barang – barang essential dan menyebabkan mereka menjadi miskin, walaupun mereka memiliki kemauan bayar lebih tinggi (Mills dan Gibson, 1990).

Menurut Gafni (1991) dalam Munawar (2002), ia mengemukakan bahwa faktor yang mempengaruhi kemampuan membayar pasien adalah : a) pendapatan pasien, b) pengetahuan mengenai tarif, c) persepsi nilai. Kemauan membayar sangat dipengaruhi oleh persepsi pasien dan penilaian tentang pelayanan yang diterimanya.

Konsep ATP dan WTP ini mendasari setiap keinginan individu atau masyarakat dalam memilih suatu alternatif menurut konsep ekonomi yang berlaku. Permintaan terhadap pelayanan dapat diartikan bertemunya kemampuan dan kemauan membayar (*ATP dan WTP*) pada diri seseorang. Menurut (Tjiptoherijanto, 1994), kemampuan dan kemauan membayar terkait dengan

kumpulan sejumlah faktor sosial demografi dan suatu kumpulan faktor ekonomi, serta aspek non moneter seperti biaya (waktu) untuk mencari pelayanan, tingkat pendekatan dalam kaitannya dengan tingkat biaya pelayanan dan kemampuan mendapatkan uang atau jenis pekerjaan seseorang.

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti

Unit rawat inap rumah sakit merupakan salah satu unit produksi karena selain menerima biaya juga menghasilkan biaya berdasarkan tarif pelayanan masing-masing kelas, yang terdiri dari kelas I, kelas II, dan kelas III. Dalam krisis sekarang ini, harga obat dan pelayanan kesehatan semakin tinggi sementara kemampuan membayar masyarakat masih rendah. Oleh karena itu, perlunya mempertimbangkan kemampuan dan kemauan membayar pasien sehingga dapat dijangkau oleh masyarakat seperti yang telah dipaparkan pada tinjauan pustaka sebelumnya bahwa dalam penelitian ini terdapat beberapa variabel yang merupakan objek penelitian ini. Adapun variabel-variabel tersebut adalah :

1. Biaya Satuan (*Unit Cost*)

Dalam menentukan tarif pelayanan kesehatan rumah sakit harus memperhatikan nilai jasa pelayanan kesehatan (biaya satuan) yang dikeluarkan oleh rumah sakit.

2. Kemampuan Membayar (*Ability To Pay*)

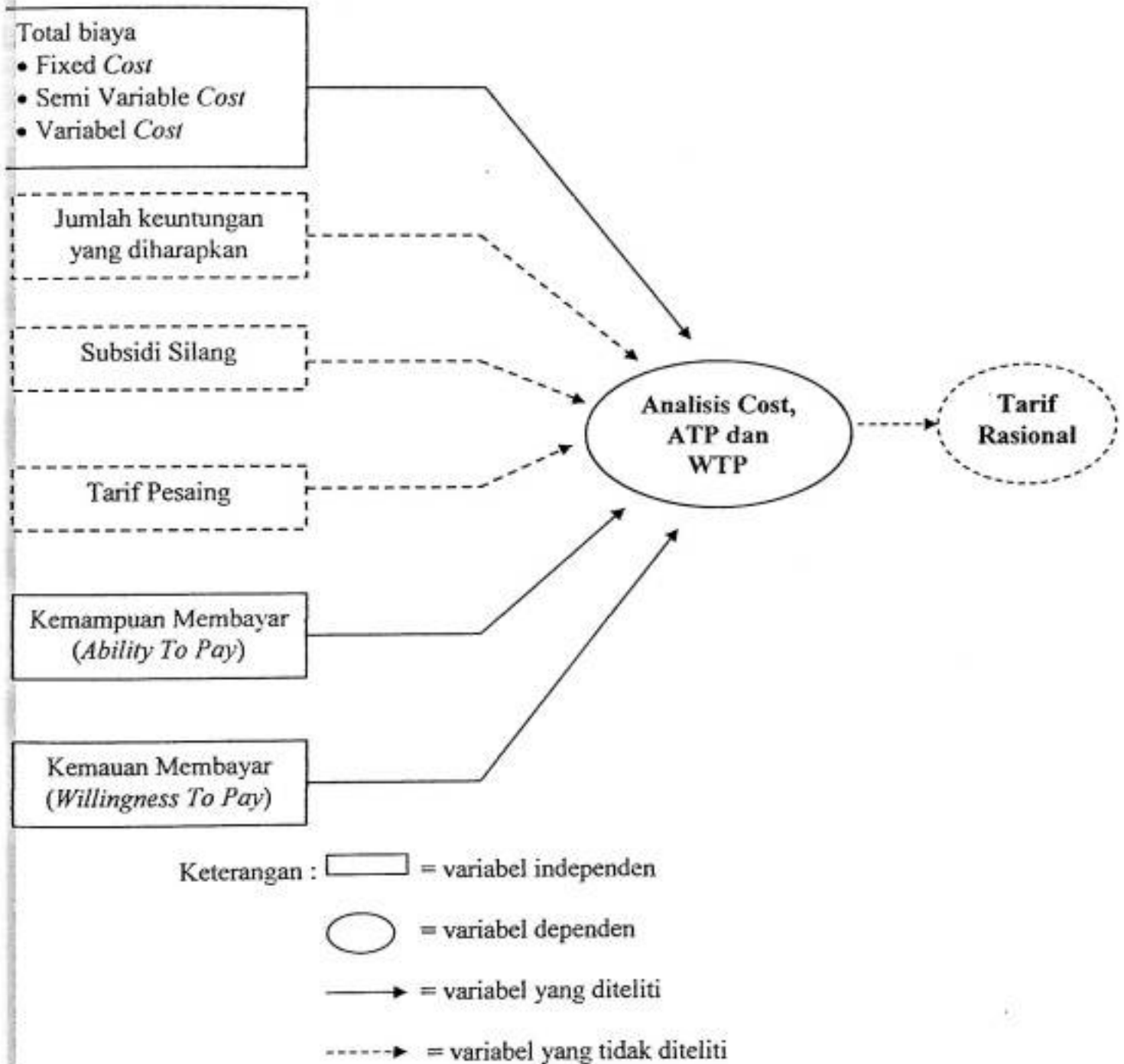
Dengan mengetahui kemampuan membayar masyarakat akan memudahkan instansi terkait dalam penetapan tarif yang rasional dan dapat terjangkau oleh masyarakat.

3. Kemauan Membayar (*Willingness To Pay*)

Pihak penyedia pelayanan kesehatan perlu juga mempertimbangkan faktor kemampuan dan kemauan pasien membayar tarif pelayanan kesehatan yang diterimanya, karena pada dasarnya konsep ekonomi kesehatan adalah kemampuan dan kemauan untuk membayar yang mendasari setiap kegiatan individu atau masyarakat dalam memilih suatu alternatif pelayanan kesehatan sesuai dengan yang diinginkan.

B. Kerangka Konsep Variabel Yang Diteliti

Secara sistematis uraian variabel yang dilakukan berdasarkan tujuan penelitian dapat digambarkan dengan model kerangka konsep berikut :



C. Defenisi Operasional

1. Biaya Satuan (*Unit Cost*)

Biaya satuan adalah biaya satuan normatif yang dikeluarkan oleh RSU Bau- Bau untuk mendapatkan pelayanan kesehatan rawat inap per hari rawat dengan rumus :

$$UC = \frac{TFC}{TQP} + \frac{TVC}{TQA}$$

Dimana : UC = biaya satuan total

TFC = total biaya tetap

TVC = total biaya variabel

TQA = total *output*

TQP = total kapasitas

2. Kemampuan Membayar (*Ability To Pay*)

Kemampuan responden untuk membayar biaya pelayanan kesehatan yang diukur berdasarkan SUSENAS 1997 yaitu 5 % dari total pengeluaran non bahan makanan, total dari pengeluaran non esensial dan menurut Gafni (1991) yaitu total pendapatan dikurang dengan total jumlah pengeluaran dibagi jumlah tanggungan diukur dalam bentuk rupiah :

ATP = 5 % dari Total Pengeluaran Non Makanan,

ATP = Total Pengeluaran Non Esensial, atau

ATP = (Total Pendapatan – Total Pengeluaran)/Jumlah Tanggungan

4. Kemauan Membayar (*Willingness To Pay*)

Besar tarif rawat inap per hari yang bersedia dibayar oleh pasien atau responden yang diukur dalam bentuk rupiah atau WTP normatif dan besar tarif rawat inap yang nyata telah dikeluarkan oleh pasien yang disebut WTP aktual.

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Adapun jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian deskriptif yang memberikan gambaran mengenai seberapa besar biaya satuan, kemampuan dan kemauan membayar rata-rata pasien rawat inap baik pada kelas I, kelas II, dan kelas III.

B. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Bau-Bau. Pemilihan Rumah Sakit Umum Daerah Bau-Bau sebagai lokasi penelitian didasarkan atas pertimbangan bahwa rumah sakit tersebut milik pemerintah selain itu tarif yang berlaku belum berdasarkan unit cost, kemampuan dan kemauan membayar masyarakat. Pemilihan instalasi rawat inap sebagai unit analisis atas alasan bahwa instalasi tersebut adalah *revenue center* yang mengembangkan mekanisme subsidi silang.

C. Populasi, Sample, dan Responden

1. Populasi

- a. Untuk analisis *unit cost* populasi yang dipakai adalah seluruh transaksi keuangan yang terjadi di Rumah Sakit Umum Daerah Bau-Bau pada tahun 2005.

- b. Untuk studi kemampuan dan kemauan membayar, populasi yang dipakai adalah seluruh pasien rawat inap yang ada di Rumah Sakit Umum Daerah Bau-Bau tahun 2005.

2. Sampel

- a. Untuk analisis *unit cost*, sampel yang dipakai adalah semua transaksi yang berkaitan dengan biaya investasi, biaya operasional dan biaya pemeliharaan pada pusat biaya, baik itu pusat biaya penunjang maupun pusat biaya produksi di Rumah Sakit Umum Daerah Bau-Bau tahun 2005.
- b. Untuk studi kemampuan dan kemauan membayar, pengambilan sampel dilakukan dengan *accidental sampling*, artinya setiap pasien yang menempati rawat inap pada waktu penelitian berlangsung (17 Mei sampai dengan 17 Juni 2005) diambil sebagai sampel dengan kriteria telah dirawat 2 x 24 jam atau lebih, bukan peserta ASKES/ JPKM, dan bersedia diwawancarai sebanyak 40 orang yang terdiri dari Kelas I sebanyak 7 orang, kelas II sebanyak 14 orang dan kelas III sebanyak 19 orang.

3. Responden

- a. Untuk analisis *unit cost*, responden adalah Direktur Rumah Sakit, Kasubag Keuangan, Kasubag Umum dan RT, Kasub pelayanan Penunjang Medik, serta Kepala Unit Instalasi pada pusat biaya penunjang dan produksi.

- b. Untuk analisis kemampuan dan kemauan membayar, respondennya adalah pasien dan anggota keluarga dalam hal ini suami/istri, anak, bapak/ibu, dan anggota keluarga lain yang serumah dengan pasien.

4. Metode Pengumpulan Data

a. Data primer

Dalam penelitian ini, untuk analisis *unit cost* diperoleh melalui pengumpulan semua hasil transaksi keuangan yang berkaitan dengan biaya investasi, operasional, dan pemeliharaan yang terjadi selama tahun 2005. Sedangkan untuk studi kemampuan dan kemauan membayar pasien, data primer diperoleh dari hasil survey dengan responden dengan menggunakan kuesioner mulai tanggal 17 Mei sampai 17 Juni 2005.

b. Data sekunder

Data sekunder dalam penelitian ini diperoleh dari observasi dan pengambilan data awal yang dilakukan pada instansi yang terkait dengan penelitian ini yakni pada Rumah Sakit Umum Daerah Bau-Bau.

5. Pengolahan dan Penyajian Data

a. Data Primer

Untuk analisis *unit cost* pengolahan data menggunakan komputer dengan membuat *spreadsheet* untuk metode *double distribution* pada program *microsoft excel*. Sedangkan untuk studi kemampuan dan kemauan membayar, pengolahan data primer dilakukan dengan perhitungan rata-rata kemampuan membayar pasien masing-masing kelas perawatan,

juga menggunakan program *excel* dan program SPSS 11,5 *for windows*.
datanya disajikan dalam bentuk tabel frekuensi disertai penjelasan dalam bentuk narasi.

b. Data Sekunder

Dengan menganalisis dokumen atau arsip yang berhubungan dengan objek penelitian dan disajikan dalam bentuk narasi.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Bau-Bau. Pengumpulan data dilaksanakan mulai tanggal 17 Mei sampai dengan 17 Juni 2005. Untuk analisis biaya satuan, dikumpulkan data sekunder berdasarkan keadaan/data tentang biaya tetap (*fixed cost*), biaya operasional tetap (*semi fixed cost*), dan biaya operasional tidak tetap (*variabel cost*). Untuk mendapatkan gambaran tentang besarnya kemampuan membayar (*ability to pay* = ATP) serta kemauan membayar (*willingness to pay* = WTP) masyarakat pengguna fasilitas pelayanan kesehatan khususnya pelayanan rawat inap, data dikumpulkan dari 40 responden, tersebar di kelas I sebanyak 7 orang, kelas II sebanyak 14 orang dan kelas III sebanyak 19 orang. Hasil penelitian tentang jenis biaya, besarnya ATP dan WTP masyarakat diuraikan dibawah ini :

1. Analisis Biaya Satuan Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit

Analisis biaya satuan bertujuan untuk mencari besarnya biaya satuan (*unit cost*) di instalasi rawat inap, data yang diuraikan dalam analisis ini adalah biaya tetap (*fixed cost*) , biaya operasional tetap (*semi fixed cost*) dan operasional tidak tetap (*variabel cost*). Besarnya ketiga jenis biaya tersebut adalah sebagai berikut:

a. Biaya Tetap (*Fixed Cost* = FC)

Biaya tetap dalam penelitian ini adalah semua biaya investasi atau pengadaan sarana gedung, kendaraan, peralatan medis dan non medis. Besarnya biaya ini dihitung dengan nilai *Annualized Investment Cost* (AIC) atau nilai investasi tahunan barang *fixed cost* yang bersangkutan (tinjauan pustaka, hal.27) . Nilai biaya tetap pada instalasi rawat inap diuraikan pada tabel 1.

Tabel 1

Biaya Tetap (*Fixed Cost* = FC) Pusat Biaya Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

No	Nama Pusat Biaya	Biaya Tetap				Total	%
		Gedung	Alat Non Medis	Alat Medis	Kendaraan		
1	Kelas I	8,273,876	613,999	13,773,287	69,600	22,730,762	15.7
2	Kelas II	25,814,191	3,018,916	13,628,700	558,823	43,020,630	29.7
3	Kelas III	52,926,370	9,431,380	15,822,780	768,608	78,949,138	54.6
Total		87,014,436	13,064,294	43,224,767	1,397,031	144,700,529	100.0

Sumber :Data Primer

Pada tabel 1 menunjukkan bahwa biaya tetap (*Fixed Cost*) terbesar pada unit rawat inap adalah biaya yang dikeluarkan untuk pembangunan gedung sebanyak Rp 87.014.436 dimana sebagian besar berada pada pembangunan gedung kelas III Rp 52.926.370 dan yang terkecil adalah kendaraan sebanyak Rp 1.397.031.

b. Biaya Operasional Tetap (*Semi Fixed Cost* = SFC)

Biaya operasional tetap dalam penelitian ini adalah semua biaya yang dikeluarkan oleh pihak rumah sakit yang besarnya tidak secara langsung dipengaruhi oleh besarnya *output* produksi pada instalasi rawat inap (BOR), yang termasuk dalam jenis biaya ini adalah gaji pegawai, pakaian dan pemeliharaan barang investasi yang pemakaiannya lebih dari satu tahun (tinjauan pustaka, hal.27). Besarnya biaya operasional tetap pada instalasi rawat inap diuraikan pada tabel 2.

Tabel 2
Biaya Operasional Tetap (*Semi Fixed Cost* = SFC) Pusat Biaya Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

No	Nama Pusat Biaya	Gaji Pegawai	Biaya Pemeliharaan				Total	%
			Gedung	Alat Medis	Alat Non Medis	Kendaraan		
1	Kelas I	76,469,674	264,000	185,185	296,296	1,820,331	79,035,487	15
2	Kelas II	172.056.767	433.200	416,667	666.667	4,095,745	177,669,045	33
3	Kelas III	267.643.859	702,000	648,148	1.037,037	6,371,158	276,402,203	52
Total		516,170,300	1,399,200	1,250,000	2,000,000	12,287,234	533,106,734	100

Sumber :Data Primer

Pada tabel 2 menunjukkan bahwa biaya *semi Fixed Cost* atau biaya operasional tetap untuk gaji pegawai di kelas III merupakan porsi yang terbesar yakni Rp 267.643.859. Sedangkan yang terkecil terdapat pada biaya pemeliharaan alat medis sebesar Rp 1.250.000

c. Biaya Operasional Tidak Tetap (*Variabel Cost*)

Biaya operasional tidak tetap dalam penelitian ini adalah semua biaya yang dikeluarkan oleh pihak rumah sakit yang besarnya secara langsung dipengaruhi oleh besarnya output produksi pada instalasi rawat inap (BOR). biaya operasional pada instalasi rawat inap meliputi: biaya BHP medis dan non medis, biaya listrik, biaya air, biaya perjalanan medis, biaya telepon (tinjauan pustaka, hal.27). Besarnya biaya operasional tidak tetap pada instalasi rawat inap diuraikan pada tabel 3 berikut ini:

Tabel 3
Biaya Operasional Tidak Tetap (*Variabel Cost* = VC) Pusat Biaya Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

No	Nama Pusat Biaya	Biaya Operasional Tidak Tetap						Total	%
		BHP Medis	BHP Alat Non Medis	Perjalanan Dinas	Air	Listrik	Telepon		
1	Kelas I	10.748,153	2.952,750	855,604	148,148	233,333	518,519	15.466,507	14,8
2	Kelas II	24,183,344	6.666,188	1,925,110	333,333	525,000	1,166,667	34,799,641	33,3
3	Kelas III	37,618,535	10,369,625	2,994,615	518,519	816,667	1,814,815	54,132,775	51,9
Total		72,550,032	19,998,563	5,775,329	1,000,000	1,575,000	3,500,000	104,398,924	10

Sumber :Data Primer

Tabel 3 menunjukkan bahwa biaya operasional tidak tetap (*Variabel Cost*) terbesar diunit rawat inap adalah biaya yang dikeluarkan untuk BHP medis Rp 72.550.032, dan yang terkecil pada biaya ini adalah air sebanyak Rp 1.000.000. Sedangkan berdasarkan kelas perawatan maka kelas III memiliki pengeluaran terbesar untuk jenis biaya *variabel cost* sebesar Rp 54.132.775 (51.5%), dan terkecil pada kelas I Rp 15.466.507 (14,8%).

d. Total Biaya (*Total Cost*)

Total biaya dalam penelitian ini adalah jumlah masing-masing biaya yang terdiri dari biaya tetap, biaya operasional tidak tetap, operasional tetap, biaya ini perlu untuk diketahui guna melihat besarnya biaya yang nyata dikeluarkan oleh instalasi rawat inap. Biaya total dalam penelitian ini terdiri atas tiga macam, yakni $Total Cost 1 = FC + SFC + VC$, $Total cost 2 = SFC + VC$, dan $Total Cost 3 = VC$. Besarnya biaya total pada masing-masing kelas perawatan diuraikan pada tabel 4.

Tabel 4
Biaya Total (*Total Cost*) Pusat Biaya Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

No	Nama Pusat Biaya	Total Cost					
		TC 1	%	TC 2	%	TC 3	%
1	Kelas I	117.232.755	15.0	94.501.994	14.8	30.622.445	16,8
2	Kelas II	255.489,316	32.7	212,468,686	33.3	42,282,887	23,2
3	Kelas III	409.484,116	52.3	330.534.978	51.8	190.311,056	60,0
Total		782,206,187	100	637,505,658	100	182,216,389	100

Sumber :Data Primer

Pada tabel 4 tampak bahwa *total cost* 1 yang terbesar terdapat di kelas III yaitu Rp 409.484.116 (52,3%), dan yang terkecil di kelas I Rp 117.232.755 (15%) begitu juga dengan TC 2 yaitu nilai terbesar Rp 330.534.978 (51.8%) dan terkecil Rp 94.501.994 (14,8%). Untuk TC 3

nilai terbesar yaitu Rp 190,311,056 (60%) dan terkecil Rp 30,622,445 (16,8%).

e. Biaya Satuan (*Unit Cost* = UC)

Biaya satuan dalam penelitian ini terdiri dari *unit cost* I (UC I), UC II, dan UC III. *unit cost* I diperoleh dengan cara membagi *total cost* (TC I) dengan *output* masing-masing kelas perawatan, *unit cost* II (UC II) diperoleh dengan cara membagi *total cost* II (TC II) dengan *output* dan *unit cost* III (UC III) diperoleh dengan cara membagi *total cost* III (TC III) dengan *output* (Tinjauan pustaka, hal. 33). Hasil perhitungan terhadap ketiga jenis biaya pada masing-masing kelas perawatan diuraikan pada tabel dibawah ini.

Tabel 5
Biaya Satuan (*Unit Cost*) Aktual Pada Pusat Biaya Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

No	Nama Pusat Biaya	Biaya Satuan (<i>Unit Cost</i>) Aktual		
		UC I	UC II	UC III
1	Kelas I	474,810	424,218	210,263
2	Kelas II	82,021	69,182	50,000
3	Kelas III	63,221	51,915	35,000

Sumber : Data Primer

Tabel 5 menunjukkan besarnya biaya satuan masing-masing kelas perawatan sangat ditentukan oleh besarnya total biaya dan kelas perawatannya, dimana terlihat bahwa semakin tinggi *total cost*nya dan besar *output*nya maka *unit cost* akan bertambah kecil. Dengan perkataan lain semakin besar kapasitas di rawat inap termanfaatkan akan menjadikan

biaya satuannya kecil. Dari tabel diperoleh *unit cost* terbesar ada pada kelas I dari Rp 474.810 – Rp 210.263, sedangkan *unit cost* terkecil ada pada kelas III dari Rp 63.221 – Rp 35.000.

Biaya satuan diatas tidak rasional digunakan untuk menetapkan tarif sebabnya rendahnya kinerja instalasi rawat inap atau masing – masing kelas perawatan masih beroperasi jauh dibawah kapasitas tempat tidur yang tersedia, dengan rata-rata hari rawat kelas I 5 hari, kelas II 4,7 hari dan kelas III 4,2 hari. Di Rumah Sakit Umum Daerah Bau-Bau untuk *Bed Occupancy Rate* (BOR) kelas VIP 48 %, kelas II 54 %, kelas III 57 %. Sedang untuk ukuran *Bed Occupancy Rate* (BOR) yang ideal adalah 80 %. sehingga perlu ditentukan terlebih dahulu *unit cost* untuk *ouput* ideal pada BOR 80 %. Hasil penelitian *unit cost* untuk *output* ideal diuraikan pada tabel 7 :

Tabel 6
Biaya Total (*Unit Cost*) Ideal (BOR 80 %) Pada Pusat Biaya Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

No	Nama Pusat Biaya	Biaya Satuan (<i>Unit Cost</i>) Ideal (80%)		
		UC I	UC II	UC III
1	Kelas I	284,019	253,756	125,774
2	Kelas II	55,757	47,030	40,000
3	Kelas III	44,773	36,767	31,500

Sumber :Data Primer

Dengan *unit cost* ideal maka pada UC I biaya tetap (*Fixed Cost*) dan biaya operasional tetap (*semi fixed cost*) bukan ditanggung lagi oleh pasien tetapi akan ditanggung oleh *provider*, begitu pula untuk UC II

maka biaya operasional tetap akan ditanggung oleh *provider*, sebagai akibat dari rendahnya kinerja akibat *Bed Occupancy Rate* (BOR) yang rendah.

Tabel 6 menunjukkan *unit cost* ideal (BOR 80 %) yang terbesar ada pada kelas I dari Rp 284,019 – Rp 125,774, dan terkecil tetap ada pada kelas III dari Rp 44,773 – Rp 31,500.

2. Karakteristik Umum Responden

Karakteristik responden adalah jawaban yang diberikan langsung oleh responden yang mencakup umur, jumlah anggota keluarga tanggungan, kelas perawatan, lama rawat, pekerjaan suami dan istri (pasien)/ibu, serta pendidikan tertinggi. Kemampuan membayar masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, khususnya pada saat menerima perawatan di unit rawat inap adalah besarnya *cost* yang mampu dan bersedia dibayar oleh masyarakat. Besarnya kemampuan masyarakat dapat berubah tergantung kepada pendidikan, pekerjaan, jumlah tanggungan, tingkat pendapatan, pengeluaran. Gambaran terhadap karakteristik umum masyarakat diuraikan di bawah ini:

a. Jenis Kelamin

Tabel 7
Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Yang Dirawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

No	Jenis Kelamin	N	%
1	Laki – laki	22	55
2	Perempuan	18	45
Total		40	100

Sumber :Data Primer

Dari tabel 7 menunjukkan bahwa responden terbesar adalah laki-laki sebanyak 22 responden (55%) dan perempuan sebanyak 18 responden (45%).

b. Umur

Tabel 8
Distribusi Responden Berdasarkan Umur Yang Dirawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

No	Kelompok Umur	N	%
1	< 15	10	25
2	16 – 25	6	15
3	26 – 35	7	18
4	36 – 45	4	10
5	46 – 55	10	25
6	55 – 65	2	5
7	> 65	1	3
Total		40	100

Sumber : Data Primer

Dari tabel 8 menunjukkan bahwa responden paling banyak adalah berusia kurang dari 15 tahun dan berusia antara 46-55 tahun yaitu

10 orang (25%), sedangkan responden yang berusia lebih dari 65 tahun adalah yang paling sedikit jumlahnya yaitu 1 orang (3%).

c. Pendidikan

Pendidikan responden adalah jawaban responden terhadap kuesioner penelitian tentang tingkat pendidikan terakhir mereka. Distribusi responden terhadap hasil penelitian diuraikan sebagai berikut:

Tabel 9
Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Yang Dirawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

No	Pendidikan Terakhir	TOTAL	%
1	Tidak Sekolah	3	7.5
2	Tidak Tamat SD	4	10.0
3	SD	8	20.0
4	SLTP	7	17.5
5	SLTA	10	25.0
6	Akademi/Diploma	6	15.0
7	Universitas	2	5.0
Total		40	100

Sumber :Data Primer

Dari tabel 9 menunjukkan bahwa responden tamat SLTP paling banyak yaitu 10 orang (25,0%) sedangkan pendidikan universitas terkecil sebanyak 2 responden (5,0%).

d. Jenis Pekerjaan

Pekerjaan responden adalah jawaban responden terhadap kuesioner penelitian tentang pekerjaan terakhir mereka. Distribusi responden terhadap hasil penelitian diuraikan sebagai berikut :

Tabel 10
Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Pekerjaan Yang Dirawat
di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau
Tahun 2005

No	Jenis Pekerjaan	TOTAL	%
1	Tidak bekerja	1	2.5
2	Petani	8	20.0
3	Pengrajin	3	7.5
4	Nelayan	8	20.0
5	Karyawan	6	15.0
6	Buruh	3	7.5
7	Pedagang	7	17.5
8	PNS	2	5.0
9	Lainnya (tukang ojek)	2	5.0
Total		40	100

Sumber :Data Primer

Tabel 10 menunjukkan bahwa pekerjaan terbesar adalah petani dan nelayan sebanyak 8 responden (20%), sedangkan yang terkecil adalah yang tidak bekerja sebanyak 1 orang (5,3%)

e. Jumlah anggota keluarga/tanggungan

Jumlah anggota keluarga adalah jawaban responden terhadap kuesioner penelitian tentang jumlah oang yang berada/tinggal bersama mereka dirumah atau jumlah tanggungan keluarga responden. Distribusi responden terhadap hasil penelitian diuraikan sebagai berikut:

Tabel 11
Distribusi Responden Berdasarkan Jumlah Tanggungan Yang
dirawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah
Bau – Bau Tahun 2005

No	Tanggungan	N	%
1	1 – 3	21	53
2	4 - 6	16	40
3	7 – 9	3	8
Total		40	100

Sumber :Data Primer

Tabel 11 menunjukkan jumlah tanggungan terbesar responden yakni 1-3 orang dalam rumah tangga sebanyak 21 responden (53%). Sedangkan yang terkecil yaitu responden yang memiliki anggota keluarga tanggungan . 7-9 sebanyak 3 orang (8%).

f. Lama rawat

Yang dimaksud dengan lama rawat adalah jumlah hari rawat sejak mulai menempati kamar di kelas perawatan di instalasi rawat inap sampai pasien keluar dari rumah sakit. Distribusi responden terhadap hasil penelitian diuraikan sebagai berikut:

Tabel 12
Distribusi Responden Berdasarkan Lama Hari Rawat Yang Dirawat
di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau
Tahun 2005

No	Lama Hari Rawat	TOTAL	%
1	1 – 3	24	60.0
2	4 – 6	9	22.5
3	7 – 9	1	2.5
4	10 – 11	2	5.0
5	>11	4	10.0
Total		40	100

Sumber :Data Primer

Dari tabel 12 menunjukkan bahwa sebagian besar pasien memiliki jumlah hari rawat kurang dari 4 hari yaitu sebanyak 24 orang -(60%). Sedangkan jumlah hari rawat antara 7-9 hari adalah yang paling kecil yaitu 1 orang (2,5%) berada pada kelas I.

g. Kelas perawatan

Tabel 13
Distribusi Responden Berdasarkan Kelas Perawatan Yang Dirawat
di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau
Tahun 2005

No	Kelas Perawatan	N	%
1	I	7	18
2	II	14	35
3	III	19	48
Total		40	100

Sumber :Data Primer

Dari tabel 13 menunjukkan bahwa jumlah responden terbesar ada pada kelas perawatan III sebanyak 19 orang (48%). Sedangkan responden yang paling sedikit jumlahnya adalah responden dikelas perawatan I sebanyak 7 orang (18%).

h. Pengeluaran Makanan

Pengeluaran makanan adalah pengeluaran yang dilakukan oleh responden untuk membeli bahan makanan yang dibutuhkan sehari-hari, termasuk didalamnya makanan pokok (beras, umbi-umbian), lauk pauk, sayuran, dan lain sebagainya. Distribusi responden terhadap hasil penelitian diuraikan sebagai berikut:

Tabel 14
Distribusi Responden Berdasarkan Pengeluaran Makanan Yang
Dirawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah
Bau – Bau Tahun 2005

No	Makanan (Rp. Per tahun)	TOTAL	%
1	< 3.000.000	10	25.0
2	3.000.001 - 5.000.000	14	35.0
3	5.000.001 - 7.000.000	7	17.5
4	7.000.001 - 9.000.000	6	15.0
5	> 9.000.000	3	7.5
Total		40	100

Sumber : Data Primer

Tabel 14 menunjukkan distribusi terbesar responden berada pada kategori pengeluaran makanan Rp 3.000.000 – Rp 5.000.000 sebanyak 14 responden (35 %), dan terkecil dengan pengeluaran untuk makanan > Rp 9.000.000 sebanyak 3 responden (7,5%)

i. **Pengeluaran Non Makanan**

Pengeluaran non makanan adalah pengeluaran yang dilakukan oleh responden untuk membeli bahan non makanan yang dibutuhkan, termasuk didalamnya perumahan, aneka barang dan jasa, pakaian dan lain sebagainya. Distribusi responden terhadap hasil penelitian diuraikan sebagai berikut:

Tabel 15
Distribusi Responden Berdasarkan Pengeluaran Non Makanan Yang Dirawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

No	Non Makanan (Rp. Per tahun)	TOTAL	%
1	< 1.000.000	3	7.5
2	1.000.001 - 3.000.000	18	45.0
3	3.000.001 - 5.000.000	7	17.5
4	5.000.001 - 7.000.000	4	10.0
5	> 7.000.000	8	20.0
Total		40	100

Sumber : Data Primer

Tabel 15 menunjukkan bahwa responden yang memiliki pengeluaran untuk non makanan terbesar yaitu Rp 1.000.000 - Rp3.000.000 sebanyak 18 responden (45%) dan pengeluaran untuk non makanan terkecil yaitu kurang dari Rp 1.000.000 sebanyak 3 orang (7,5%).

j. Pengeluaran Non Essensial

Pengeluaran non essensial adalah pengeluaran yang dilakukan oleh responden untuk keperluan pesta, upacara, hiburan dan lain sebagainya. Distribusi responden terhadap hasil penelitian diuraikan sebagai berikut :

Tabel 16
Distribusi Responden Berdasarkan Pengeluaran Non Essensial Yang Dirawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

No	Pengeluaran Non Essensial (Rp. Per tahun)	TOTAL	%
1	< 500.000	4	10.0
2	500.000 – 1.000.000	1	2.5
3	1.000.001 -1.500.000	8	20.0
4	1.500.001 - 2.000.000	6	15.0
5	2.000.001 - 2.500.000	10	25.0
6	2.500.001 - 3.000.000	2	5.0
7	> 3.000.000	9	22.5
Total		40	100

Sumber :Data Primer

Tabel 16 menunjukkan bahwa pengeluaran non essensial terbesar yaitu Rp 2.000.001 - Rp 2.500.000 sebanyak 10 responden (25%) sedangkan pengeluaran non essensial terkecil yaitu Rp 500.000 - Rp 1.000.000 adalah sebanyak 1 orang (2,5%).

k. Total Pengeluaran

Total pengeluaran adalah jumlah pengeluaran yang dilakukan oleh responden untuk makanan, non makanan dan non essensial. Distribusi responden terhadap hasil penelitian diuraikan sebagai berikut :

Tabel 17
Responden Berdasarkan Total Pengeluaran Yang Dirawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

No	Total Pengeluaran (Rp. Per tahun)	TOTAL	%
1	< 2.000.000		
2	2.000.000 - 5.000.000	2	5.0
3	5.000.001 - 8.000.000	9	22.5
4	8.000.001 - 11.000.000	13	32.5
5	11.000.001 - 14.000.000	8	20.0
4	14.000.001 - 17.000.000	5	12.5
6	>17.000.000	3	7.5
Total		40	100

Sumber : Data Primer

Tabel 17 menunjukkan total pengeluaran terbesar yaitu Rp 8.000.001 - Rp 11.000.000 sebanyak 13 responden (32,5%), sedangkan yang terkecil adalah pengeluaran Rp 2.000.000 – Rp 5.000.000 sebanyak 2 orang (5 %).

1. Total Pendapatan

Total pendapatan adalah jumlah seluruh pendapatan didalam rumah atau jumlah pendapatan seluruh anggota keluarga yang telah bekerja dengan pekerjaan tetap. Distribusi responden terhadap hasil penelitian diuraikan sebagai berikut:

Tabel 18
Distribusi Responden Berdasarkan Total Pendapatan Yang Dirawat
di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau
Tahun 2005

No	Total Pendapatan (Rp. Per tahun)	TOTAL	%
1	< 5.000.000	1	2.5
2	5.000.000 - 10.000.000	8	20.0
3	10.000.001 - 15.000.000	8	20.0
4	15.000.001 - 20.000.000	10	25.0
5	20.000.001 - 25.000.000	7	17.5
4	25.000.001 - 30.000.000	2	5.0
5	30.000.001 - 35.000.000	0	0.0
6	>35.000.000	4	10.0
Total		40	100

Sumber :Data Primer

Tabel 18 menunjukkan total pendapatan terbesar yaitu Rp 15.000.001 - Rp 20.000.000 sebanyak 10 orang (25%) sedangkan total pendapatan terkecil yaitu kurang dari Rp 5.000.000 sebanyak 1 orang (2.5 %).

m. Penanggung biaya kesehatan

Tabel 19
Distribusi Responden Berdasarkan Penanggung biaya kesehatan di
Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

No	Yang Menanggung Biaya Perawatan	TOTAL	%
1	Tanggung sendiri	10	25,0
2	Sebagian Dibantu Keluarga	19	47,5
3	Seluruhnya dibantu keluarga	8	20,0
4	Seluruhnya dibantu perusahaan	-	-
5	Sebagian dibantu perusahaan	3	7,5
Total		40	100

Sumber : Data Primer

Tabel 19 menunjukkan bahwa penanggung biaya perawatan yang terbanyak adalah sebagian dibantu keluarga sebanyak 19 orang (47,5%), dan yang terkecil adalah responden yang sebagian dibantu perusahaan sebanyak 3 orang (7,5%).

n. Pengetahuan tentang tarif rawat inap

Tabel 20
Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan tentang tarif rawat inap Yang Dirawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

No	Pengetahuan Tentang Tarif	TOTAL	%
1	Tahu	4	10,0
2	Tidak Tahu	36	90,0
	Total	40	100,0

Sumber :Data Primer

Dari tabel 20 menunjukkan bahwa hanya sebagian kecil responden yaitu 4 orang (10%) yang mengetahui tentang tarif rawat inap perhari yang berlaku sebelum dirawat dirumah sakit tersebut.

o. Pendapat Tentang Tarif Rawat Inap

Tabel 21
Distribusi Responden Berdasarkan Pendapat Tentang Tarif Rawat Inap di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

No	Pendapat Tentang Tarif	TOTAL	%
1	Sangat Mahal	2	5.0
2	Mahal	24	60.0
3	Sesuai	14	35.0
4	Murah	-	-
Total		40	100.0

Sumber :Data Primer

Dari tabel 21 diperoleh gambaran bahwa sebagian besar masyarakat berpendapat bahwa tarif rumah sakit pada saat ini mahal yaitu sebanyak 24 orang (60%), sesuai sebanyak 14 orang (35,0%) dan sangat mahal sebanyak 2 orang (5,0%).

3. Kemampuan membayar masyarakat (*Ability To Pay*)

Untuk mengukur kemampuan membayar (*ability to pay = ATP*) masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, khususnya pada saat menerima perawatan di unit rawat inap ada tiga konsep yang dapat digunakan yaitu konsep pertama dengan cara mengukur selisih total pengeluaran individu dengan pengeluaran pokok yang non medis individu/keluarga meliputi sandang, pangan dan papan yang disingkat ATP 1, konsep yang kedua adalah dengan cara Pendapatan rata-rata membayar untuk pelayanan kesehatan diperkirakan sama dengan 5% dari pengeluaran rumah tangga untuk non

makanan yang disingkat ATP 2, dan yang konsep ketiga adalah total pengeluaran non Essensial yang disingkat dengan ATP 3. Gambaran ketiga konsep tersebut dijabarkan pada tabel 22, 23, dan 24 dibawah ini:

Tabel 22
Distribusi Responden Berdasarkan *Ability To Pay* (ATP 1) Yang Dirawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

No	(Total pendapatan-total pengeluaran)/jumlah tanggungan	TOTAL	% Kum
1	> 3.000.000	10	25.0
2	2.500.001 - 3.000.000	4	35.0
3	2.000.001 - 2.500.000	7	52.5
4	1.500.001 - 2.000.000	3	60.0
5	1.000.001 - 1.500.000	3	67.5
6	500.000 - 1.000.000	4	77.5
7	< 500.000	9	100.0
Total		40	100

Sumber :Data Primer

Tabel 22 menunjukkan kemampuan membayar berdasarkan *ability to pay* = ATP 1 terbesar yaitu diatas Rp 3.000.000 sebanyak 10 responden (25% Kum), sedangkan yang terkecil yaitu antara Rp. 1.000.001 – Rp. 1.500.000 dan Rp. 1.500.001 – Rp. 2.000.000 sebanyak 3 responden (67,5 % Kum).

Tabel 23
Distribusi Responden Berdasarkan *Ability To Pay* (ATP 2) Yang
Dirawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau
Tahun 2005

No	5% pengeluaran non makanan	TOTAL	% Kum
1	> 3.000.000	6	15.0
2	250.001 -300.000	2	20.0
3	200.001 -250.000	2	25.0
4	150.001 -200.000	5	37.5
5	100.001 -150.000	10	62.5
6	50.000 -100.000	12	92.5
7	<50.000	3	100.0
Total		40	100

Sumber :Data Primer

Tabel 23 menunjukkan kemampuan membayar berdasarkan *ability to pay = ATP 2* (5% Pengeluaran Non Makanan) terbesar yaitu Rp 50.000 – Rp. 100.000 sebanyak 12 responden (92,5% Kum) sedangkan yang terkecil yaitu antara Rp 200.001 – Rp 250.000 dan Rp 250.001 – Rp 300.000 sebanyak 2 responden (25 % Kum).

Tabel 24
Distribusi Responden Berdasarkan *Ability To Pay* (ATP 3) Yang
Dirawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau
Tahun 2005

No	Total pengeluaran Essensial	TOTAL	% Kum
1	> 3.000.000	10	25.0
2	2.500.001 - 3.000.000	3	32.5
3	2.000.001 - 2.500.000	9	55.0
4	1.500.001 - 2.000.000	6	70.0
5	1.000.001 - 1.500.000	8	90.0
6	500.000 - 1.000.000	1	92.5
7	< 500.000	3	100.0
Total		40	100.0

Sumber :Data Primer

Tabel 24 menunjukkan kemampuan membayar berdasarkan *ability to pay* = ATP 3 (Total Pengeluaran Non Essensial) terbesar yaitu diatas Rp 3.000.000 sebanyak 10 responden (25,0% Kum), sedangkan yang terkecil yaitu Rp. 500.001 – Rp. 1.000.000 sebanyak 1 responden (92,5 % Kum).

4. Kemauan Membayar Masyarakat (*Willingness To Pay*)

Kemauan membayar (*ability to pay* = ATP) masyarakat dalam penelitian ini ada dua yaitu Kemauan membayar atau *Willingness To Pay* (WTP) aktual adalah besarnya biaya yang telah dikeluarkan oleh individu dan keluarga dalam memperoleh pelayanan kesehatan khususnya di unit rawat inap dan kemauan membayar *normative* yaitu besarnya biaya yang bersedia dikeluarkan oleh individu dan keluarga dalam memperoleh pelayanan

kesehatan khususnya di unit rawat inap. Gambaran terhadap kemauan membayar (*ability to pay*) masyarakat actual dan normatif diuraikan secara berurut pada tabel 25 dan 27

Tabel 25
Distribusi Responden Berdasarkan Kemauan Membayar Masyarakat
(*Willingness To Pay*) Aktual Yang Dirawat di Unit Rawat Inap
Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

No	WTP Aktual (Rp dalam 1 tahun)	Kelas Perawatan						TOTAL	%
		I		II		III			
		N	%	N	%	N	%		
1	<50.000	-	-	7	50.0	13	68.4	20	50.0
2	50.000 -100.000	-	-	4	28.6	5	26.3	9	22.5
3	100.001 -150.000	1	14.3	1	7.1	1	5.3	3	7.5
4	150.001 -200.000	1	14.3	2	14.3	-	-	3	7.5
5	200.001 -250.000	1	14.3	-	-	-	-	1	2.5
6	>250.000	4	57.1	-	-	-	-	4	10.0
Total		7	17.55	14	35.0	19	47.5	40	100.0

Sumber :Data Primer

Dari Tabel 25 menunjukkan bahwa kemauan membayar < Rp 50.000 adalah yang paling banyak yaitu 20 Responden (50%). Sedangkan responden yang memiliki kemauan bayar berdasarkan *willingness to pay* terbesar yaitu >Rp 250.000 sebanyak 4 responden (10 %), dengan WTP yang besar mereka cenderung memilih kelas perawatan I. Responden yang bersedia membayar Rp 200.001 – Rp 250.000 paling sedikit jumlahnya yaitu 1 responden (2,5%).

Tabel 26
Nilai Rata- rata berdasarkan *Willingness To Pay* (WTP) Aktual di
Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau
Tahun 2005

Kelas Perawatan	N	Rata-Rata
Kelas I	7	Rp 228.473
Kleas II	14	Rp 166.821
Kleas Ili	19	Rp 140.000

Sumber :Data Primer

Tabel 26 menunjukkan bahwa rata-rata *willingness to pay* (WTP) responden pada ruang kelas I Rp 228.473 jauh lebih besar dibandingkan dengan kemampuan membayar mereka pada kelas III rata- rata Rp 140.000 pertahun. Hal ini menunjukkan semakin tinggi kemampuan membayar seseorang maka mereka akan menggunakan kelas perawatan yang lebih tinggi atau lebih bagus.

Tabel 27
Nilai Rata- rata berdasarkan *Willingness To Pay* (WTP) Normatif
yang dirawat di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah
Bau – Bau Tahun 2005

No	Kelas Perawatan	Rata-rata hari rawat	Tarif Saat ini	WTP Normatif
1	Kelas I	5	Rp 52.000	Rp 260.000
2	Kelas II	4.7	Rp 27.500	Rp 129.250
3	Kelas III	4.2	Rp 15.000	Rp 63.000

Sumber : Data Primer

Tabel 27 menunjukkan bahwa rata-rata *willingness to pay* (WTP) normatif responden pada ruang kelas I Rp 260.000 jauh lebih

besar dibandingkan dengan kemampuan membayar mereka pada kelas III rata- rata Rp 63.000 pertahun. Hal ini menunjukkan semakin tinggi kemampuan membayar seseorang maka mereka akan menggunakan kelas perawatan yang lebih tinggi atau lebih bagus.

Tabel 28
Tarif Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bau – Bau Berdasarkan Kelas Perawatan Tahun 2005

No	Kelas Perawatan	Tarif Yang Berlaku
1	Kelas I	Rp 52.000
2	Kelas II	Rp 27.500
3	Kelas III	Rp 15.000

Sumber : Data Sekunder (Profil RSUD Bau- Bau)

5. Perbandingan *Unit Cost* Dengan Tarif Yang Diberlakukan Oleh Perda

Berdasarkan hasil perhitungan *unit cost* pada tabel 6 dan tarif RSUD Bau – Bau pada tabel 28 maka perbandingan antara tarif dan *unit cost* masing – masing kelas perawatan berdasarkan ketiga rumus yang ada pada tinjauan pustaka halaman 31 adalah ditunjukkan pada tabel 29, 30,31 dibawah ini :

Tabel 29
Perbandingan Tarif RSUD Bau – Bau Dengan *Unit cost* I di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

Kelas Perawatan	Tarif Perda (Rp)	Biaya Satuan TC = FC + SFC + VC	Selisih (Rp)
Kelas I	52.000	284.019	-232.019
Kelas II	27.500	55.757	-28.257
Kelas III	15.000	44.773	-29.773

Sumber : Data Primer

Tabel 27 dengan menggunakan rumus pertama $TC = FC + SVC + VC$ selisih tertinggi berada pada kelas I sebesar Rp -232.019, dan terendah berada pada kelas II sebesar Rp -28.257.

Tabel 30
Perbandingan Tarif RSUD Bau – Bau Dengan *Unit cost* II di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

Kelas Perawatan	Tarif Perda (Rp)	Biaya Satuan TC = SFC + VC	Selisih (Rp)
Kelas I	52.000	253.756	-201.756
Kelas II	27.500	47.030	-19.530
Kelas III	15.000	36.767	-21.767

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 30 dengan menggunakan rumus $TC = SFV + VC$, selisih terbesar berada pada kelas I Rp -201.756, dan terendah berada pada kelas III sebesar Rp -21.767.

Tabel 31
Perbandingan Tarif RSUD Bau – Bau Dengan *Unit cost* III di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau Tahun 2005

Kelas Perawatan	Tarif Perda (Rp)	Biaya Satuan TC = VC	Selisih (Rp)
Kelas I	52.000	125.774	-201.756
Kelas II	27.500	40.000	-19.530
Kelas III	15.000	31.500	-21.767

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 31 dengan menggunakan rumus $TC = VC$, selisih terbesar berada pada kelas I Rp -73.774, dan terendah berada pada kelas II sebesar Rp -12.500.

B. PEMBAHASAN

Penetapan tarif yang rasional dirawat inap harus memperhatikan biaya produksi yang diperlukan untuk menghasilkan *output* pelayanan yang dapat tercermin dari besarnya *Unit Cost*. Namun prinsip ekonomi bahwa tarif harus ditetapkan berdasarkan konstanta (K) yang kita tentukan berdasarkan keuntungan yang kita inginkan tidak serta merta dapat diterapkan, sebab pelayanan kesehatan merupakan jenis pelayanan yang mengandung nilai sosial (*equity value*) sehingga dalam penentuan tarif rasional perlu memperhatikan besarnya kemampuan membayar (ATP) dan kemauan membayar (WTP) seseorang. Berdasarkan hal tersebut maka yang akan dibahas yakni *Unit Cost*, ATP, WTP :

1. *Unit Cost*

a. *Biaya Tetap (Fixed Cost)*

Berdasarkan pada tabel 1, besarnya biaya tetap pada unit rawat inap kelas III yang mencapai 54,6% atau sebanyak Rp 78.949.13 disebabkan oleh besarnya nilai investasi gedung dan tanah sebanyak Rp 87.014.436 disamping investasi alat medis Rp 43.224.767 yang tidak dipengaruhi jumlah output. Selaian itu kelas III memiliki peralatan non medis yang terbanyak seperti tempat tidur sebanyak 39 buah dibandingkan dengan kelas I (3 buah) dan kelas II (20 buah) . Hal ini kemudian menyebabkan biaya satuan pada unit rawat inap kelas I menjadi tinggi. Sementara yang terkecil biaya tetapnya adalah pusat biaya laundry sebesar Rp 3.100.445 (lampiran 1), hal ini disebabkan oleh alat kesehatan non medis yang nyaris tidak ada, apalagi alat kesehatan medis.

b. *Biaya Operasional Tetap (Semi Fixed Cost)*

Hasil penelitian pada tabel 2 diperoleh informasi bahwa biaya gaji merupakan komponen terbesar dalam biaya semi variabel Rp 516.170.300, dimana biaya gaji pegawai yang tertinggi berada pada kelas III sebanyak Rp 267.643.859. Hal ini disebabkan biaya gaji tersebut selain berupa gaji bulanan, juga berupa insentif yang berasal dari pemerintah kota Bau- Bau seperti tunjangan khusus bagi tenaga dokter dan dana kesejahteraan yang diperuntukkan kepada semua pegawai, serta honorium bagi pegawai yang mengelola proyek atau program tertentu.

Tingginya biaya gaji dikelas III disebabkan kelas ini mempunyai pegawai atau petugas terbanyak sebanyak 50 orang. Disamping itu petugas yang bekerja dikelas III adalah sebagian besar petugas senior dengan persentase kerja adalah 100% dan juga terdapat beberapa petugas yang berstatus pegawai tidak tetap.

Komponen biaya pegawai yang sangat terendah berada pada pusat biaya laundry. Hal ini disebabkan karena pegawai yang bekerja pada pusat biaya ini hanya 3 orang dan semuanya adalah pegawai tenaga lepas harian

c. Biaya Variabel (*Variabel Cost*)

Pada tabel 3 tingginya biaya untuk pengadaan obat dan peralatan kesehatan habis pakai (BHP Medis) yakni sebesar Rp 72.550.032. Dikarenakan tingginya pengeluaran bahan habis pakai pada kelas perawatan III sebanyak Rp 37.618.535. Tingginya pengeluaran bahan habis pakai dikelas III disebabkan pusat biaya ini paling banyak menghasilkan output yaitu sebanyak 8065 hari perawatan, sehingga biaya obat-obatan dan BHP medis pada pusat biaya ini menjadi yang tertinggi. Pengaruh dari mahalnya harga komponen-komponen pelayanan kesehatan yang terus meningkat, laju inflasi dan kecenderungan masyarakat untuk menginginkan pelayanan yang terbaik, turut mempengaruhi tingginya biaya operasional tidak tetap di Rumah Sakit Umum Bau-Bau.

d. Biaya Total (*Total Cost*)

Hasil penelitian pada tabel 4 dan berdasarkan distribusi ganda I (Lampiran 2), distribusi ganda II (Lampiran 3), dan distribusi ganda ketiga (Lampiran 4) diketahui bahwa tingginya biaya total pada kelas perawatan III yaitu TC I Rp 409.484.116 (52,3), TC II Rp 330.534.978 dan TC III Rp 54.132.775 disebabkan dikelas ini memiliki luas gedung, jumlah tempat tidur serta output yang tinggi sehingga mempengaruhi besarnya biaya investasi gedung dan alat medis, biaya pemeliharaan serta biaya obat – obatan dan BHP medis yang pada akhirnya mempengaruhi besar biaya asli. Rendahnya total cost dikelas I yaitu TC I Rp 247,933,651 (36,3%), TC II Rp 221,423,320 (18,8%) dan TC III Rp 30,622,445 (16,8%) disebabkan rendahnya biaya gaji dan jumlah tempat tidur hanya 3 buah sehingga output yang dihasilkan sangat kecil yang tentunya biaya obat – obatan dan BHP medis juga menjadi kecil. Besarnya nilai TC dapat di efisienkan dengan efisiensi terhadap ketiga komponen biaya ini, dalam hal ini pihak rumah sakit perlu memperhatikan persentase pengeluaran pada masing-masing kelas perawatan, dengan melihat kesesuaian antara biaya yang dikeluarkan dengan besarnya *output* yang dilayani. Dikelas III hal ini sudah memenuhi sebab dengan *output* dikelas III yang tinggi sebanyak 8069 maka diperlukan pegawai, pemeliharaan (*semi fixed cost*) yang tinggi, BHP non medis, air (*variabel cost*) dan biaya lainnya yang tinggi, sehingga *total cost* akan tinggi pula.

e. Biaya Satuan (*Unit Cost*)

Biaya satuan (*unit cost*) dalam penelitian dalam dua jenis yakni *unit cost* berdasarkan *output* aktual atau berdasarkan jumlah produksi sesungguhnya (sesuai jumlah tempat tidur terpakai) dan *unit cost* ideal yang dihitung dengan 80 % dari *output* sesuai kapasitas terpasang ($80\% \times \text{output normatif}$) (tinjauan pustaka, hal 30 - 33).

Dalam penelitian ini berdasarkan tabel 5 maka *unit cost* pada kelas I sebesar Rp 474.810 pada UC I dan Rp 210.263 pada UC III. Untuk kelas II Rp 82.021 pada UC I dan Rp 50.000 pada UC III, dan Untuk kelas III Rp 63.221 pada UC I dan Rp 35.000 pada UC III. Perbedaan nilai *unit cost* tersebut disebabkan perbedaan *total cost* dan jumlah output. Biaya satuan kelas I yang tinggi disebabkan hanya terdiri dari tiga ruangan dengan jumlah tempat tidur hanya 3 buah menandakan *outputnya* kecil yaitu 524 output yang berarti *utilitasnya* rendah maka biaya satuannya pun menjadi tinggi, demikian pula sebaliknya. Pihak rumah sakit dalam menurunkan *unit cost* maka harus memperhatikan komponen - komponen *total cost* yakni biaya tetap, biaya operasional tetap dan biaya operasional tidak tetap. Dengan melakukan analisis terhadap biaya-biaya tersebut maka dapat dilakukan pengurangan nilai *unit cost*.

Biaya satuan diatas tidak rasional digunakan untuk menetapkan tarif sebabnya rendahnya kinerja instalasi rawat inap atau masing - masing kelas perawatan masih beroperasi jauh dibawah kapasitas tempat

tidur yang tersedia, dimana *Bed Occupancy Rate* (BOR) kelas VIP 48 % dengan rata rata hari rawat (ALOS) 5 hari, kelas II 54 % dengan rata-rata hari rawat (ALOS) 4,7 hari, dan kelas III 57 % dengan rata – rata hari rawat (ALOS) 4,2 hari. Sedang untuk ukuran *Bed Occupancy Rate* (BOR) yang ideal adalah 80 % dengan ALOS antara 7 – 9 hari, sehingga perlu ditentukan terlebih dahulu *unit cost* untuk *ouput* ideal pada BOR 80 %.

Besarnya *unit cost* berdasarkan *output* ideal (BOR 80%) pada tabel 6 adalah kelas I Rp 284.019 pada UC I dan Rp 125.774 pada UC III. Untuk kelas II Rp 55.757 pada UC I dan Rp 40.000 pada UC III, dan Untuk kelas III Rp 44.773 pada UC I dan Rp 31.500 pada UC III.

2. Karakteristik Responden

Berdasarkan tabel 8 tingginya angka kesakitan pada usia non produktif yaitu usia 45 – 55 tahun sebanyak 10 orang (25%) akibat pada umumnya masyarakat tinggal di daerah pulau dan sulit menjangkau pelayanan kesehatan.

Berdasarkan tabel 9 menunjukkan bahwa tingkat Pendidikan responden yang cukup tinggi yaitu SLTA sebanyak 10 responden (25 %) dapat mempengaruhi persepsi mereka terhadap pelayanan yang diberikan, sehingga mereka akan cenderung membandingkan antara pelayanan yang diterima dengan biaya yang harus dikeluarkan. Jika mereka menganggap pelayanan baik dan memuaskan maka mereka akan memiliki kemauan membayar (*willingness to pay*) yang besar, sehingga jika mereka ditunjang

oleh kemampuan membayar (*ability to pay*) yang besar, maka mereka akan bersedia membayar tarif. Namun jika sebaliknya walaupun ATP mereka tinggi tetapi menurut persepsi mereka pelayanan yang diberikan tidak sesuai dengan biaya yang harus dikeluarkan maka mereka memiliki kemauan untuk membayar yang kecil. Hal ini menjadi penyebab terdapatnya responden dengan ATP yang tinggi namun memiliki kemauan membayar (WTP) yang rendah.

Berdasarkan tabel 11 sebagian besar responden memiliki tanggungan sama dengan atau lebih dari 4 orang (53 %) hal ini dikarenakan selain kepala keluarga harus menghidupi istri dan anaknya, ia juga harus menanggung biaya hidup anggota keluarga lain seperti keponakan, mertua atau anak asuhnya.

Berdasarkan tabel 12 tampak pula bahwa hari rawat per pasien umumnya adalah kurang dari 4 hari (60 %) hal ini disebabkan bahwa masyarakat belum begitu memiliki motivasi yang kuat terhadap kebutuhan akan pelayanan kesehatan selain itu pasien merasa fasilitas yang ada dirumah sakit tersebut sangat kurang misalnya pasien harus membawa sendiri bantal, kasur dan sebagainya ditambah lagi pelayanan petugas yang kurang memuaskan. Bila kita bandingkan dengan rata-rata lama rawat yang ideal 6-9 hari angka tersebut sangat rendah, terlalu singkatnya hari rawat bisa mengakibatkan kondisi kesehatan pasien setelah keluar dari rumah sakit menjadi kurang terkontrol oleh dokter.

Berdasarkan tabel 13 dalam pemilihan kelas perawatan tampak bahwa umumnya pasien memilih untuk menempati kelas III (47,5%) hal ini disebabkan pengaruh tarif rawat inap kelas III yang paling murah dan adanya persepsi bahwa jenis pelayanan antara kelas I dan II serta III hampir sama.

Hasil penelitian pada tabel 20 menunjukkan sebanyak 36 responden (90 %) tidak mengetahui atau tidak diberikan informasi oleh petugas kesehatan tentang tarif yang berlaku. Hal ini disebabkan oleh tingkat pendidikan pasien dan petugas kesehatan menganggap informasi tentang tarif tidak begitu penting untuk diberitahukan kepada pasien. Ini merupakan salah satu penyebab terdapatnya pasien yang menempati kelas perawatan tertentu (kelas I). Hal ini harus menjadi perhatian serius bagi manajemen rumah sakit, walaupun tarif sebenarnya telah di informasikan melalui papan informasi, tetapi tidak semua pasien dan keluarganya mengerti tentang informasi tersebut. Langkah yang sebaiknya ditempuh oleh manajemen RSUD Bau - Bau yakni menjelaskan pada setiap pasien tentang tarif yang berlaku, fasilitas peralatan dan pelayanan yang diberikan terlebih dahulu sebelum menempatkan pasien di kelas perawatan.

Hasil penelitian pada tabel 19 menunjukkan tingginya responden sebagian dibayarkan oleh keluarga sebanyak 19 (47.5%), disebabkan oleh desakan keluarga serta mengharapkan pelayanan yang lebih baik dengan jaminan bahwa keluarga akan membantu biaya perawatan selama ia dirawat.

Hasil penelitian pada tabel 21 menyatakan bahwa tarif yang ditetapkan mahal atau bahkan sangat mahal yakni sebanyak 24 responden (60%). Hal ini disebabkan kurangnya informasi tarif, fasilitas dan pelayanan yang diberikan oleh masing-masing kelas perawatan.

3. Kemampuan Membayar Masyarakat (*Ability To Pay* = ATP)

Dalam penelitian ini, ATP dihitung dari tiga macam pendekatan yakni perhitungan pertama dengan membagi *total save* (pendapatan – total pengeluaran) dibagi jumlah tanggungan disingkat dalam penelitian ini ATP I.

Berdasarkan tabel 22 nilai ATP I yang terbesar > Rp 3.000.000 sebanyak 10 orang dengan persen kumulatif sebanyak 25 % cenderung memilih kelas perawatan I, jika dibagi dengan ALOS pada kelas perawatan I yaitu 5 hari maka rata-rata pasien memiliki kemampuan membayar sebesar Rp 250.000. sedang dengan ATP I < Rp 500.000 dengan persen kumulatif sebanyak 100%, sebanyak 9 responden cenderung memilih kelas perawatan III jika dibagi dengan ALOS kelas III yaitu 4,2 maka rata-rata pasien dikelas III hanya mampu membayar Rp 12.000. hal ini disebabkan rata-rata pengguna kelas I adalah keluarga yang mampu yang memiliki tingkat pendapatan yang tinggi dari pekerjaan dan dipengaruhi juga dengan tingkat pendidikan. Hasil penelitian menunjukkan semakin besar penghasilan seseorang maka semakin tinggi kemampuan membayar seseorang sehingga mereka cenderung untuk memilih kelas perawatan yang lebih baik atau lebih tinggi (kelas I), didukung dengan tingkat pendidikan yang tinggi

maka mereka akan semakin memahami pentingnya kesehatan sehingga memanfaatkan pelayanan yang lebih baik. Namun ada responden yang memiliki pendapatan tinggi tetapi tidak menggunakan kelas perawatan I. Ini disebabkan menurut persepsi mereka bahwa jenis pelayanan antara kelas I, kelas II dan III hampir sama. Dengan adanya persepsi semacam ini pihak rumah sakit perlu membenahi tentang jenis dan kualitas pelayanan serta fasilitas pada masing – masing kelas perawatan sehingga dengan kemampuan yang mereka miliki maka akan memanfaatkan fasilitas rawat inap yang lebih baik.

Kemampuan membayar kedua yang dianalisis adalah berdasarkan $ATP = 5\% \times \text{Pengeluaran Non Makanan}$ yang disingkat dalam penelitian ini ATP 2.

Berdasarkan tabel 23 kemampuan membayar masyarakat (*Ability To Pay*) berdasarkan ATP 2 terbesar Rp 3.000.000 memilih kelas perawatan I dengan persen kumulatif sebesar 15% sebanyak 6 responden, sedang dengan $ATP 2 < 50.000$ dengan persen kumulatif sebesar 100% sebanyak 3 responden cenderung memilih kelas III. Hasil penelitian ini menunjukkan semakin besar pengeluaran seseorang untuk non makanan maka mereka cenderung untuk memilih kelas perawatan yang lebih baik atau lebih tinggi. Ini diasumsikan bahwa seseorang sebenarnya memiliki kemampuan untuk membayar fasilitas kesehatan sebesar 5% dari total pengeluarannya untuk non makanan. Hal ini menunjukkan kesesuaian dengan ATP I, dimana dengan kemampuan

membayar (pengeluaran non makanan) yang tinggi mereka akan memiliki persepsi untuk mendapatkan pelayanan yang lebih baik dikelas I

Hasil penelitian tabel 23 dapat dilihat rata – rata kemampuan membayar masyarakat terhadap pelayanan kesehatan berkisar Rp 50.000 – Rp 100.000 sebanyak 12 responden dengan persen kumulatif sebesar 92,5 %. Jika dibandingkan dengan ATP 1 maka ATP 2 ini lebih rendah. Hal ini disebabkan bahwa dalam ATP 2 ini yang dihitung hanya pengeluaran untuk non makanan tidak termasuk pengeluaran makanan dan non essensial.

Kemampuan membayar ketiga yang dianalisis adalah berdasarkan total pengeluaran non essensial.

Hasil penelitian pada tabel 24 menunjukkan bahwa responden yang cenderung memilih kelas perawatan I memiliki ATP 3 yang terbesar > Rp 3.000.000 sebanyak 10 orang dengan persen kumulatif sebanyak 25 % jika dibagi dengan ALOS pada kelas perawatan I yaitu 5 hari maka rata – rata pasien memiliki kemampuan membayar sebesar Rp 250.000. Sedang dengan ATP I <500.000 dengan persen kumulatif sebanyak sebesar 100%, sebanyak 3 responden cenderung memilih kelas perawatan III jika dibagi dengan ALOS kelas III yaitu 4,2 maka rata – rata pasien dikelas III hanya mampu membayar Rp 12.000. Hal ini disebabkan selain merupakan kebutuhan sekunder dan tertier, juga dalam komponen non essensial terdapat pengeluaran yang sifatnya destruktif bagi kesehatan, seperti rokok dan minuman beralkohol. Secara umum dapat dikatakan, bahwa pengeluaran

rumah tangga yang bersifat destruktif ini justru lebih besar daripada pengeluaran untuk kesehatan.

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 22, 23, 24 dengan pendapatan yang cukup tinggi sebenarnya kelas perawatan I tidak boleh mendapat subsidi sebab dari distribusi dan nilai rata-rata ATP mereka Rp 250.000 yang menggunakan kelas I jauh lebih besar dibanding mereka yang memiliki kelas III (bangsal) Rp 12.000, dimana selama ini cenderung yang terjadi tarif dikelas I jauh dibawah biaya satuan

Hal ini menunjukkan pada pihak rumah sakit bahwa pengguna kelas perawatan di rumah sakit umum daerah Bau – Bau bervariasi menurut tingkat kemampuan membayarnya, dimana dengan kemampuan membayar yang tinggi mereka akan menginginkan fasilitas pelayanan yang lebih baik, dengan kemampuan membayar yang lebih tinggi maka dalam menentukan tarif nantinya mereka ini adalah konsumen yang potensial sebab memiliki kemampuan untuk membayar yang lebih tinggi, dengan pertimbangan pihak rumah sakit adalah menekan agar kelas I tersebut dapat dijangkau oleh masyarakat (menekan biaya agar *utilisasi* meningkat).

4. Kemauan membayar masyarakat (*Willingness To Pay* = WTP)

Kemauan membayar pasien terdiri dari kemauan membayar atau *willingness to pay* (WTP) aktual dan WTP Normatif pengguna rawat inap.

Berdasarkan tabel 25 menunjukkan dengan WTP aktual yang besar Rp >250.000 maka pasien cenderung memilih kelas perawatan I sebanyak 4

orang dengan persen kumulatif 10%, sedang WTP yang rendah Rp < 50.000 memilih kelas perawatan III sebanyak 20 orang dengan persen kumulatif 50%. Rendahnya kemauan membayar aktual pasien dikelas III disebabkan karena sebagian besar pengguna pelayanan kesehatan merupakan keluarga kurang mampu, kurangnya informasi dan pengetahuan tentang biaya pelayanan kesehatan yang cukup tinggi sehingga berpengaruh terhadap kecilnya kemampuan mereka untuk membayar pelayanan kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa dengan memiliki kemauan membayar yang rendah akan layanan kesehatan mereka akan lebih memanfaatkan kelas III, dan dengan kemauan membayar yang tinggi mereka akan menginginkan pelayanan yang lebih baik dengan mengeluarkan biaya yang lebih besar untuk menempati kelas I. Kemauan untuk membayar pelayanan kesehatan (WTP) yang tinggi didorong oleh persepsi mereka bahwa dikelas I Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau mereka akan mendapatkan pelayanan yang lebih baik, sebab pasien ini akan lebih menghargai kualitas layanan dibandingkan dengan harga yang harus mereka bayar.

Berdasarkan tabel 27 rata – rata kemauan membayar masyarakat aktual dikelas I Rp 228.473, kelas II Rp 166.821 dan kelas III Rp 140.000. WTP aktual kelas I lebih tinggi dibandingkan dengan WTP aktual kelas II dan III. Hal ini menunjukkan bahwa pemilihan kelas perawatan juga berhubungan dengan ATP dan WTP pasien, makin besar ATP dan WTP yang mereka miliki, makin tinggi pula kelas perawatan yang mereka pilih. Hal ini

menunjukkan kesesuaian dengan penelitian yang dilakukan oleh Nurwana tahun 2003 di Rumah Sakit Islam Faisal Makassar yang menyimpulkan bahwa makin besar ATP dan WTP pasien, makin tinggi pula kelas perawatan yang mereka pilih, demikian pula sebaliknya.

Berdasarkan tabel 28 kemauan membayar normatif masyarakat lebih tinggi daripada kemauan membayar aktualnya yaitu kelas I Rp 260.000, kelas II Rp 129.250 dan kelas III Rp 63.000, hal ini disebabkan adanya persepsi dalam masyarakat bahwa pelayanan dan fasilitas yang ada di RSUD Bau- Bau tidak baik, misalnya petugas yang sering marah-marah dan tidak menghiraukan keluhan pasien, kasur diruang rawat inap kurang, kondisi kamar yang pengap dan bau. Kemauan membayar normatif yang tinggi (tabel 28) menunjukkan bahwa jika pelayanan, sarana dan prasarana kesehatan yang RSUD Bau-bau ditingkatkan maka mereka bersedia membayar diatas kemauan membayar aktualnya. Pada kelas I dengan kemauan membayar aktual (tabel 27) sebesar Rp 228.473 dengan rata – rata hari rawat (ALOS) 5 hari mereka mampu membayar Rp 45.695 perhari rawat dengan asumsi frekuensi rawat hanya satu kali dalam setahun. Jika frekuensi rawat dua kali pertahun, berarti mereka hanya mampu membayar Rp 22.850 perhari rawat. Hal ini disebabkan sebagian besar anggota keluarga responden tidak mengalami perawatan di instalasi rawat inap dalam 1 tahun terakhir, karena itu besaran kemauan membayar aktual tidak dijadikan dasar perhitungan tarif rawat inap.

Jika dibandingkan dengan kemampuan membayar masyarakat, kemauan membayar jauh lebih rendah. Hal ini disebabkan oleh adanya anggapan dalam masyarakat bahwa kesehatan masyarakat adalah tanggung jawab pemerintah, sehingga tarif pelayanan kesehatan harus serendah – rendahnya, bahkan bila perlu gratis. Padahal anggapan ini tidak benar, karena kesehatan masyarakat adalah tanggung jawab pemerintah bekerjasama seluruh lapisan masyarakat. Hal ini juga disebabkan pasien lebih memikirkan hal – hal lain yang tak kalah pentingnya dengan kesehatan yang juga membutuhkan biaya, misalnya biaya pendidikan. Selain itu fasilitas dan kinerja petugas pelayanan kesehatan yang sangat buruk, misalnya petugas yang tidak memperhatikan pasiennya, kurangnya kasur yang tersedia di ruang rawat inap sehingga pasien harus membawa sendiri kasur kerumah sakit.

Untuk itu pemerintah dan masyarakat perlu bekerjasama dalam upaya peningkatan kesehatan, termasuk dalam hal pembiayaan pelayanan kesehatan. Selain itu untuk meningkatkan kemauan membayar pasien maka pihak rumah sakit perlu untuk meningkatkan persepsi masyarakat bahwa pelayanan di rawat inap terutama di kelas I adalah ruang perawatan yang terbaik, dan mereka akan mendapat pelayanan yang memuaskan sehingga pengorbanan pasien dalam bentuk membayar tarif akan sesuai dengan apa yang mereka terima.

5. Perbandingan *Unit Cost* Dengan Tarif Yang Diberlakukan Oleh Perda

Berdasarkan pada tabel 29, 30, 31 terjadi selisih yang besar antartarif sebenarnya dengan biaya satuan (*unit cost*). Selisih minus yang terjadi dianggap sebagai subsidi pasien perhari oleh pemerintah yang artinya kerugian bagi Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau.

Adapun kerugian RSUD Bau – Bau dan subsidi pasien perhari dari pemerintah berdasarkan tabel 29 dan hasil distribusi ganda I (lampiran 2) adalah kelas I sebesar Rp 232.019, kelas II Rp 28.257 dan kelas III Rp 29.773. Berdasarkan tabel 30 dan hasil distribusi ganda II (lampiran 3) kerugian dan subsidi kelas I Rp 201.756, kelas II Rp 19.530 dan kelas III Rp 21.767 dan berdasarkan tabel 31 dan hasil distribusi ganda 3 (lampiran 4) kerugian dan subsid kelas I Rp 201.756, kelas II Rp 19.530, dan kelas III Rp 21.767. Kerugian yang terjadi pada masing – masing kelas perawatan disebabkan tarif yang ditetapkan jauh dibawah *unit cost*, padahal masyarakat memiliki kemampuan membayar yang cukup tinggi.

Dapat disimpulkan bahwa Rumah sakit Umum Daerah Bau – Bau mengalami kerugian disemua kelas perawatan, keadaan ini tidak memungkinkan dilaksanakan subsidi silang antar kelas perawatan karena pada umumnya kelas – kelas perawatan di Rumah Sakit umum Daerah Bau – Bau mengalami defisit anggaran yang bahkan tidak mampu menutupi biaya operasionalnya sendiri atau dengan kata lain bahwa RSUD Bau – Bau masih

membutuhkan subsidi pemerintah yang cukup besar untuk menutupi kerugian anggaran yang dialami.

Salah satu alternatif pemecahan masalah yang dapat ditempuh oleh rumah sakit umum daerah Bau – Bau ialah menetapkan tarif berdasarkan *unit cost* ditambah dengan *konstanta*. Besarnya *konstanta* (2 %) ini ditetapkan selain dengan pertimbangan ATP dan WTP pengguna kelas perawatan, serta pertimbangan biaya pemulihan (*cost recovery rate*) juga berdasarkan faktor subsidi silang dari kelas I ke kelas III. Pasien dari kelas I yang memiliki kemampuan ekonomi yang lebih besar diharapkan bisa memberikan subsidi bagi pasien kelas III yang rata - rata berasal dari golongan menengah kebawah sehingga tarif pelayanan untu pasien kelas III tidak perlu dinaikkan, mengingat kemampuan membayar pasien jauh lebih rendah daripada kelas I. Hal ini sesuai dengan kebijaksanaan pengaturan tarif yang memperhatikan kepentingan masyarakat berpenghasilan rendah. Apabila pemerintah ingin menyesuaikan tarif sesuai dengan tarif rasional maka sebelum menyesuaikan terlebih dahulu meningkatkan kualitas pelayanan khususnya rawat inap, sehingga persepsi masyarakat akan pelayanan khususnya rawat inap akan lebih baik dan secara tidak langsung akan memberi motivasi pada masyarakat untuk meningkatkan kemauan membayar terhadap pelayanan khususnya rawat inap sehingga BOR yang diharapkan dapat tercapai pada saat tarif rasional diberlakukan dan bukan sebaliknya dengan kenaikan tarif BOR akan turun.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan tujuan penelitian di bab sebelumnya, maka dapat ditarik beberapa kesimpulan sebagai berikut :

1. Besar biaya satuan (*Unit Cost*) aktual perhari rawat masing – masing kelas perawatan pada instalasi rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bau – Bau yaitu :
 - a. Berdasarkan rumus $TC = FC + SVC + VC$ yaitu kelas I Rp 474.810, kelas II Rp 82.021 dan kelas III Rp 63.221.
 - b. Berdasarkan rumus $TC = SVC + VC$ yaitu kelas I Rp 424.218, kelas II Rp 69.182 dan kelas III Rp 51.915.
 - c. Berdasarkan rumus $TC = VC$ yaitu kelas I Rp 210.263, kelas II Rp 69.182 dan kelas III Rp 51.915.
2. Besar biaya satuan (*Unit Cost*) normatif perhari rawat masing – masing kelas perawatan pada instalasi rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bau – Bau yaitu :
 - a. Berdasarkan rumus $TC = FC + SVC + VC$ yaitu kelas I Rp 284.019, kelas II Rp 55.757 dan kelas III Rp 44.773.
 - b. Berdasarkan rumus $TC = SVC + VC$ yaitu kelas I Rp 253.756, kelas II Rp 47.030 dan kelas III Rp 36.767.

- c. Berdasarkan rumus $TC = VC$ yaitu kelas I Rp 125.774, kelas II Rp 40.000 dan kelas III Rp 31.50.
3. Rata-rata kemampuan membayar berdasarkan ATP I dan ATP 3 berkisar > Rp 3.000.00 dimana sebagian besar berada pada kelas I adalah yang paling banyak sebesar 10 responden dengan persen kumulatif 25% , sedangkan ATP 2 paling banyak mampu membayar berkisar Rp 50.000 – Rp 100.000 sebanyak 12 responden dengan persen kumulatif 92,5% dimana sebagian besar berada pada kelas III. Hal ini menunjukkan bahwa semakin besar pendapatan seseorang maka semakin besar pula ATP pasien yang mana mereka cenderung memilih kelas perawatan I.
 4. Besarnya kemauan membayar aktual rata – rata pasien pengguna kelas I Rp 228.473, kelas II Rp 166.821 dan kelas III Rp 140.000 dan besarnya kemauan membayar normatif rata – rata pasien pengguna kelas I Rp 260.000, kelas II Rp 129.250 dan kelas III Rp 63.000. Hal ini menunjukkan bahwa semakin besar kemauan membayar seseorang, maka mereka akan memilih kelas perawatan yang lebih baik atau lebih tinggi.
 5. Tarif yang berlaku di RSUD Bau-Bau jauh dibawah *unit cost*, menyebabkan RSUD Bau-Bau mengalami kerugian disetiap kelas perawatan, keadaan ini tidak memungkinkan dilaksanakan subsidi silang antara kelas perawatan karena pada umumnya kelas-kelas perawatan mengalami *defisit* anggaran yang bahkan tidak mampu menutupi biaya operasionalnya sendiri dengan kata lain masih membutuhkan subsidi pemerintah yang cukup besar untuk

menutupi kerugian anggaran yang dialami padahal tarif yang rasional harus diatas *unit cost* (Unit cost + K (ATP dan WTP)).

6. Kemauan membayar lebih rendah daripada kemampuan bayarnya. Hal ini menandakan bahwa kemampuan bayar yang tinggi tidak selalu diikuti dengan kemauan membayar yang tinggi. Hal ini juga disebabkan oleh pasien lebih memikirkan hal – hal lain yang tak kalah pentingnya dengan kesehatan yang juga membutuhkan biaya, selama dalam memperoleh pelayanan kesehatan masih bisa mendapatkan alternatif yang lain, misalnya memiliki kelas perawatan yang lebih rendah.

B. SARAN

Setelah melakukan analisis biaya satuan, dengan mempertimbangkan kemauan dan kemampuan membayar masyarakat terhadap layanan rawat inap di RSUD Bau – Bau maka dapatlah dikemukakan beberapa saran yaitu:

1. Dalam menetapkan tarif Rumah Sakit Umum Daerah Bau – Bau harus mempertimbangkan kemampuan membayar (ATP), kemauan membayar (WTP) pasien pengguna layanan kesehatan dan berdasarkan analisis *unit cost* serta konsep subsidi silang dari pasien yang mampu kepada pasien yang kurang mampu.
2. Analisis *unit cost*, ATP dan WTP ini idealnya berlaku untuk satu tahun, karena biaya operasional dianggarkan dalam satu tahun anggaran, oleh sebab itu disarankan kepada pihak rumah sakit agar setiap tahunnya melaksanakan

analisis biaya satuan, ATP dan WTP sebagai bahan perencanaan, pengawasan dan evaluasi bagi direktur dan pemerintah daerah setempat.

3. Kemampuan membayar masyarakat pada kelas I yang cukup tinggi merupakan peluang bagi pihak manajemen rumah sakit untuk mempertimbangkan penetapan tarif yang dapat mensubsidi kelas perawatan III. Pada kelas III dengan kemampuan membayar yang rendah, disarankan untuk tidak menaikkan tarif pelayanan, dengan konsekuensi surplus pada kelas I digunakan untuk mensubsidi kelas III sehingga tidak ada lagi subsidi untuk kelas I.
4. Untuk dapat menekan komponen total biaya (*total cost*) maka pihak manajemen rumah sakit perlu melakukan efisiensi terhadap pengeluaran biaya terutama pada biaya operasional tetap (*semi fixed cost*) dan biaya operasional tidak tetap (*variabel cost*) di RSUD Bau- Bau.

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, S. S. dan Suparmanto, *Kebijakan Depkes di Bidang Perumahsakit di Indonesia dalam Menghadapi Krisis Ekonomi*. Jakarta : IRSJAM, Edisi 49 ; 10-14, 1999.
- Azwar, Azrul, Dr., dr., MPH, *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Cetakan Pertama, Jakarta : Binarupa Aksara, 1996.
- Berman, H. J. dan Lewis, E. W., *The Financial Management of Hospital*. Sixth Edition, Michigan : Health Administration Press, xiii, 809 p, 1986.
- Depkes RI, *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 582/Menkes/SK/VI/1987 tentang Pola Perhitungan Tarif Rumah Sakit Pemerintah*. Jakarta : Dirjen Yanmed, 1997.
- Gafni, A., *Willingness to Pay as A Measure of Benefit Medical Care*, Volume 29, 1990.
- Gani, Ascobat, *Pengendalian Biaya Kesehatan Tenaga Kerja*. Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, Tahun XX, Nomor 3, 1992.
- _____, *Pembiayaan Rumah Sakit dan Prospek Perkembangan Asuransi Kesehatan selama PJPT II*. Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, Nomor 12 : 743-749, 1994.
- _____, *Kemampuan Membayar (ATP) dan Kebijakan Tarif Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : FKM UI, 1997.
- Ilyas, *Rumah Sakit dalam Organisasi Sosial dan Medis*. Jakarta : Rineka Cipta, 2001.
- Jacobalis, Syamsi, *Tentang Biaya-biaya di Rumah Sakit*. Jakarta : IRSJAM, 1989.
- Laksono, Trisnanto, *Modul Magister Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta, 1998.
- Maidin, Alimin, *Modul Analisis Biaya Satuan dan Penyesuaian Tarif Pelayanan Rumah Sakit. Makassar* : Bagian Administrasi Kebijakan Kesehatan, FKM UNHAS.

- Minggu, Maskur, *Analisis Biaya Satuan Unit Rawat Inap RSUD Polewali Kabupaten Polewali Mamasa Tahun 1999/2000*. Makassar : Skripsi FKM UNHAS, 2000.
- Moger, Muslimah, *Kemampuan Membayar dan Kemauan Membayar (Ability to Pay and Willingness to Pay) Pasien Terhadap Persalinan Normal pada Bidan Praktek Swasta di Kecamatan Maros Kabupaten Maros Tahun 2002*. Makassar : Skripsi Tidak Diterbitkan, FKM UNHAS, 2002.
- Munawar, *Rasionalisasi Tarif Rawat Inap Melalui Analisis Biaya Satuan dan Kemampuan dan Kemauan Membayar Pasien Tahun 2002 (Studi Kasus di RSUD Majene)*. Makassar : Tesis Program Pasca Sarjana UNHAS, 2002
- Nursinah, *Analisis Biaya Satuan Pelayanan Kesehatan Rawat Inap pada RSUD Andi Makassar Pare-pare Kota Pare-pare Tahun 2001*. Makassar : Skripsi FKM UNHAS, 2002.
- Prijono, Tjiptoherijanto, *Ekonomi Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta, 1994.
- Pujiraharjo, W. J., et al, *Analisis Biaya Satuan dan Penetapan Tarif Pelayanan Rumah Sakit*. Surabaya : Universitas Airlangga, 1998.
- Razak, Amran, *Penentuan Tarif Rasional Layanan Rumah Sakit di Beberapa Kota Kabupaten Propinsi Sulawesi Selatan*. Usulan Pra Proposal Disertasi. Makassar : Universitas Hasanuddin, 2002.
- _____, *Utilisasi, Permintaan Input Dan Analisis Simulasi Tarif Rawat Inap Rumah Sakit Umum di Sulawesi Selatan*, Disertasi Tidak Diterbitkan, Program Pasca Sarjana, Makassar, UNHAS 2004
- Soebaryo, MW. *Pemerataan Sarana Kesehatan/Rumah Sakit*. IRSJAM ke XXXI. 1993
- Thabrany, Hasbullah, *Peran Publik Dalam Pembiayaan Kesehatan*. *Majalah Kedokteran Indonesia*, Volume 52, Nomor 1, 2002.
- _____, *Indeks Pembangunan Manusia (IPM Sul-Sel Tahun 2001)*. Makassar: Bappeda Propinsi Sul-Sel dan Badan Pusat Statistik Propinsi Sul-Sel, 2001.
- _____, *Modul Analisis Data SUSENAS Untuk Perencanaan Kesehatan Kabupaten*. Jakarta : FKM UI, 1997.

_____, *Menuju Konsensus Baru Demokrasi dan Pembangunan Manusia Indonesia*. United Nation Development Programme (UNDP) Publications, 2002.

Wasisto, B. *Kebijakan Pemerintah Tentang Penyediaan Tenaga dan Pelayan Rumah Sakit*. IRSJAM ke XXI. 1991.

WHO, *Evaluasi Perubahan-perubahan Mutakhir dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan*. Terjemahan oleh Adi Lharini Dwiprahasto. Yogyakarta : Universitas Gajah Mada, 1993.

Wijono, Djoko, HMS, *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan, Volume 2, Cetakan Pertama*. Surabaya : Airlangga University Press, 1999.