

SKRIPSI

**ANALISIS TITIK IMPAS (BREAK EVEN POINT)
BAPEL JAMKESDA KABUPATEN SINJAI
TAHUN 2008**



OLEH :

**ARIFIN
K 111 06 210**

**JURUSAN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2008**

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, 10 Juli 2008

Tim Pembimbing

Pembimbing I



(Prof. Dr. H. Amran Razak, SE, M. Sc)

Pembimbing II



(Drs. M. Alwy Arifin, M. Kes)

Mengetahui,

Ketua Jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Hasanuddin



(Dr. Darmawansyah, SE, MS)

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Kamis, tanggal 10 Juli Tahun 2008

Ketua : Prof. Dr. H. Amran Razak, SE, M.Sc



(.....)

Sekretaris : Drs. M. Alwy Arifin, M. Kes



(.....)

Anggota :

1. Prof. Dr. H. Indar, SH, MPH



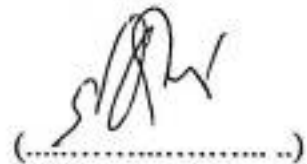
(.....)

2. Dr. Asiah Hamzah, Dra, MA



(.....)

3. Muh. Arsyad Rahman, SKM, M. Kes



(.....)

RINGKASAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
MAKASSAR, JULI 2008

ARIFIN

“ANALISIS TITIK IMPAS (BREAK EVEN POINT) BAPEL JAMKESDA
KABUPATEN SINJAI TAHUN 2008”

(ix + 46 halaman + 7 Tabel + 5 Lampiran)

Penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang saat ini dilaksanakan oleh pemerintah maupun oleh masyarakat belum memperlihatkan hasil yang optimal. Biaya pelayanan kesehatan cenderung semakin meningkat dengan mutu yang belum terjamin. Hal ini semakin diperburuk dengan kondisi bangsa saat ini yang dilanda krisis ekonomi dan bahkan krisis kepercayaan sejak pertengahan tahun 1997 lalu sampai saat ini. Berbagai upaya telah dilakukan untuk mengatasi permasalahan tersebut, salah satunya adalah dalam bentuk penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan di Kabupaten Sinjai pra-upaya berlandaskan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Jamkesda diterapkan dalam kerjasama dari semua pihak yaitu badan usaha atau badan penyelenggara Jamkesda (Bapel Jamkesda), peserta Jamkesda, dan PPK. Bapel mempunyai hak untuk menghimpun iuran dari peserta dan berkewajiban mengelola secara tertib pendanaan. Sehingga anggota manajemen Bapel Jamkesda harus ahli dan berpengalaman dalam program kesehatan (*managed care*). Karena kewajiban Bapel Jamkesda untuk mengusahakan agar terdapat laba setiap tahun, paling sedikit pulang pokok (impas) dengan cara mengatur pendapatan dari iuran dan efisiensi biaya.

Penelitian ini bertujuan untuk dapat mengetahui pentingnya analisis *Break Even Point* (Analisis Titik Impas) sebagai suatu alat untuk perencanaan dan pengendalian biaya/dana pada Bapel Jamkesda Kabupaten Sinjai, dengan menggunakan penelitian deskriptif. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh dokumen/laporan kegiatan Bapel JAMKESDA Kabupaten Sinjai. Pengambilan sampel dengan total sampling yaitu seluruh dokumen/laporan kegiatan Bapel JAMKESDA Kabupaten Sinjai

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa Besarnya *Break Even Point* (BEP) atau titik impas pengelolaan JAMKESDA periode Januari sampai dengan Desember tahun 2007 sebesar Rp. 94,606,762,- atau dibawah jumlah penerimaan (premi) sebesar Rp. 401,960,000,- pada periode yang sama, artinya mengalami keuntungan sebesar Rp.307,353,238,-. Jumlah peserta yang dibutuhkan untuk Break Even Point (BEP) adalah sebanyak 40.196 orang dengan penerimaan premi untuk Rp.10.000,- yakni Rp.401,960,000,-. Kepesertaan JAMKESDA Kabupaten Sinjai sebaiknya lebih ditingkatkan dan bukan hanya dalam lingkungan sendiri.

Perlu adanya peningkatan pelayanan atau diversifikasi jenis pelayanan kesehatan atau meningkatkan mutu pelayanan sehingga menarik bagi orang luar institusi atau masyarakat.

Daftar pustaka : 16 (1995-2005)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan HidayahNya sehingga hasil penelitian ini telah selesai disusun dalam rangka penyusunan skripsi pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Pada kesempatan ini penulis menyampaikan terimakasih yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat bapak Hj. Fridawaty, MARS selaku penasehat Akademik yang telah banyak memberi support selama penulis mengikuti pendidikan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat, Bapak Prof. Dr. H. Amran Razak, SE, M.Sc selaku pembimbing I dan Bapak Drs. M. Alwy Arifin, M. Kes selaku pembimbing II, mereka telah banyak memberi bimbingan dan arahan selama penyusunan Skripsi ini.

Ucapan terimakasih yang setinggi-tingginya pula penulis sampaikan kepada yang terhormat:

1. Rektor UNHAS atas kesempatan yang diberikan sehingga dapat mengikuti pendidikan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat.
2. Bapak Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan yang telah memberikan Izin dan dukungan dana untuk mengikuti pendidikan.
3. Ibu Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sinjai yang telah memberikan Izin untuk mengikuti pendidikan.
4. Bapak Prof. Dr. dr. H. Veni Hadju, PhD. Selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah banyak memberikan kesempatan dan fasilitas selama menjalani pendidikan.

5. Bapak Dr. Darmawansyah, SE, MS. Selaku Ketua Jurusan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM UNHAS yang telah memberikan fasilitas untuk belajar pada jurusan AKK FKM UNHAS.
6. Bapak dan ibu TIM penguji yang telah banyak memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan Skripsi ini.
7. Bapak dan ibu TIM pengajar FKM UNHAS yang telah banyak memberikan ilmu pengetahuan selama penulis mengikuti pendidikan.
8. Rekan-rekan seangkatan FKM, terutama jurusan AKK FKM UNHAS 2006.
9. Ayahanda (Alm) dan ibunda yang telah membesarkan dan mendidik penulis dengan penuh kasih sayang.
10. Istri tercinta (Dra. Andi Aisyah Saad) yang telah memberikan support dan dukungan selama penulis mengikuti pendidikan.

Semoga ilmu yang diberikan merupakan niat yang baik yang dapat dijadikan amal sebagai rahmatan Ilahi dalam beribadah kepada Yang Maha Kuasa.

Penulis sangat menyadari akan kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan Skripsi ini untuk itu sangat terbuka menerima kritik dan saran, masukan demi kebaikan karya-karya berikutnya. Akhirnya semoga Tuhan selalu melimpahkan RahmatNYA kepada kita semua, amin.

Makassar, Juli 2008

ARIFIN

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman judul	i
Lembar pengesahan	ii
Ringkasan	iii
Kata pengantar	iv
Daftar isi	vi
Daftar tabel	vii
Daftar lampiran	viii
BAB I PENDAHULUAN	
A Latar Belakang	1
B Rumusan Masalah	4
C Tujuan Penelitian	4
D Manfaat Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A Tinjauan Umum Tentang Break Event Point.....	6
B Tinjauan Umum Tentang Biaya	10
C Tinjauan Umum Tentang Pedapatan	12
D Tinjauan Umum Tentang Dana Sehat.....	14
E Tinjauan Umum Tentang BAPEL JAMKESDA.....	18
BAB III KERANGKA KONSEP	
A Dasar Pemikiran Variabel Yang Diteliti	22

B Model Hubungan Antar Variabel.....	24
C Defenisi Operasional	24
BAB IV METODE PENELITIAN	
A Jenis Penelitian	26
B Populasi dan Sampel	26
C Metode Pengumpulan Data	26
D Pengolahan dan Penyajian Data	27
E Analisa Data	27
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian.....	28
B. Pembahasan.....	37
BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	45
B. Saran.....	45
Kepustakaan	

DAFTAR TABEL

	Halaman
1. Tabel 1 : Kepesertaan BAPEL JAMKESDA Kabupaten Sinjai Tahun 2006-2007.....	28
2. Tabel 2 : Kepesertaan Bapel Jamkesda Kabupaten Sinjai perkecamatan sampai dengan tahun 2007	29
3. Tabel 3 : Jumlah Premi Peserta JAMKESDA Kabupaten Sinjai Tahun 2007	30
4. Tabel 4 : Jumlah Kunjungan Peserta JAMKESDA/Tingkat Utilisasi Penggunaan JAMKESDA Kabupaten Sinjaib Tahun 2007	31
5. Tabel 5 : Proyeksi Biaya Operasional (Tetap) Bapel Jamkesda Kabupaten Sinjai Tahun 2007	33
6. Tabel 6 : Proyeksi Biaya Variabel Pembayaran Klaim PPK Pada Bapel Jamkesda Kabupaten Sinjai Tahun 2007	35
7. Tabel 7 : Proyeksi Biaya Variabel Pertemuan dan Promosi Bapel Jamkesda Kabupaten Sinjai Tahun 2007	36

DAFTAR LAMPIRAN

1. Surat Izin Penelitian Dari Dekan FKM Unhas
2. Surat Izin Penelitian Dari Badan Kesatuan Bangsa Provinsi Sulawesi Selatan.
3. Surat Izin Penelitian Dari Bupati cq. Kesbang dan Linmas Kabupaten Sinjai.
4. Daftar Riwayat Hidup.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pembangunan kesehatan di Indonesia dilaksanakan secara bersama-sama oleh pemerintah dan masyarakat. Azas kekeluargaan dan gotong royong yang telah membudaya di masyarakat tercermin dalam pelaksanaan berbagai upaya kesehatan. Kebersamaan masyarakat dan pemerintah dalam upaya kesehatan ini, sangat sesuai dengan Undang-Undang RI Nomor : 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan pasal 5, pasal 65 dan pasal 71. Undang-undang tersebut menggaris bawahi setiap orang wajib ikut serta memelihara kesehatan diri, keluarga dan lingkungannya, dengan pembiayaan dari pemerintah dan atau masyarakat, dan bahwa masyarakat beserta sumber dayanya memiliki kesempatan untuk berperan serta dalam penyelenggaraan upaya kesehatan. Jelas bahwa arah pembangunan kesehatan adalah membangun kemitraan antara pemerintah dan masyarakat termasuk dunia usaha, untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal sebagai salah satu unsur kesejahteraan umum dari tujuan nasional merupakan tujuan pembangunan di bidang kesehatan.

Menyadari terselenggara dan terjangkaunya pelayanan kesehatan adalah penting, bukan saja dalam rangka meningkatkan mutu sumber daya manusia

Indonesia, tetapi juga untuk memenuhi salah satu dari kebutuhan pokok setiap individu, maka berbagai upaya untuk menjamin terselenggara dan terjangkau pelayanan kesehatan tersebut diantaranya melalui program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Diharapkan dengan dilaksanakannya program JPKM ini, bukan saja biaya pelayanan kesehatan dapat dikendalikan, namun sekaligus mampu meningkatkan mutu pelayanan kesehatan melalui pemantauan pemanfaatan (*utilization review*).

Peran serta masyarakat tidak hanya nyata dalam berbagai kegiatan kesehatan, tetapi terlihat juga dalam kontribusinya terhadap pembiayaan kesehatan. Penelitian oleh Bank Dunia dan Depkes (2000 dan 2001) menunjukkan bahwa, secara nasional masyarakat mengeluarkan sekitar 65% dari semua biaya kesehatan, sedangkan pemerintah mengeluarkan sekitar 35% saja. Terungkap pula bahwa 30% pembiayaan kesehatan oleh masyarakat yang tersalur melalui pembiayaan pra-upaya, yakni pembayaran iuran kepada pihak ketiga (perusahaan, badan asuransi atau lainnya). Padahal melalui pembiayaan pra-upaya pemeliharaan kesehatan dapat direncanakan dan diatur penggunaan biayanya dengan lebih baik dan berorientasi promotif dan preventif.

Pada Undang – undang RI Nomor 40 tahun 2004 menjelaskan bahwa sistim jaminan sosial nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial yang bertujuan menjamin agar masyarakat dapat memperoleh pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan kesehatan dasar.

Penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang saat ini dilaksanakan oleh pemerintah maupun oleh masyarakat belum memperlihatkan hasil yang optimal. Biaya pelayanan kesehatan cenderung semakin meningkat dengan mutu yang belum terjamin. Hal ini semakin diperburuk dengan kondisi bangsa saat ini yang dilanda krisis ekonomi dan bahkan krisis kepercayaan sejak pertengahan tahun 1997 lalu sampai saat ini, dimana harga obat semakin meningkat dan tak terjangkau oleh masyarakat khususnya masyarakat kelas menengah kebawah.

Berbagai upaya telah dilakukan untuk mengatasi permasalahan tersebut, salah satunya adalah dalam bentuk penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan di Kabupaten Sinjai pra-upaya berlandaskan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Jamkesda diterapkan dalam kerjasama dari semua pihak yaitu badan usaha atau badan penyelenggara Jamkesda (Bapel Jamkesda), peserta Jamkesda, dan PPK. Bapel mempunyai hak untuk menghimpun iuran dari peserta dan berkewajiban mengelola secara tertib pendanaan. Sehingga anggota manajemen Bapel Jamkesda harus ahli dan berpengalaman dalam program kesehatan (*managed care*). Karena kewajiban Bapel Jamkesda untuk mengusahakan agar terdapat laba setiap tahun, paling sedikit pulang pokok (*impas*) dengan cara mengatur pendapatan dari iuran dan efisiensi biaya.

Dari pengamatan di lapangan dapat dijumpai permasalahan-permasalahan di lapangan yang menunjukkan ketidakberhasilan program Jamkesda ini, yaitu , rendahnya minat masyarakat untuk menjadi peserta program Jamkesda, tidak

siapnya aparat yang menagani program Jamkesda dan Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK) belum siap dengan konsep pembayaran kapitasi.

Bapel Jamkesda Kabupaten Sinjai sebagai salah satu bentuk penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan secara pra-upaya dalam rangka mewujudkan pemeliharaan kesehatan yang bermutu dan merata dengan biaya yang terkendali, tak luput dari permasalahan tersebut. Dimana sejak tahun 2004 hingga tahun 2006 jumlah peserta dana sehat Jamkesda jumlah peserta sebanyak 27.860 KK dari 123.449 jiwa. Dan mengalami peningkatan pesat kepesertaan tahun 2007 dengan jumlah peserta 40.196 KK dari 194.698 jiwa. Dengan besaran iuran (premi) dari setiap peserta Jamkesda sebesar Rp.10000/KK/bulan.

Berdasarkan uraian tersebut di atas, maka penulis mencoba untuk menganalisa dengan menggunakan analisis titik inpas (*Break Even Point*) terhadap penggunaan Dana Bapel Jamkesda Kabupaten Sinjai Tahun 2007.

B. Rumusan Masalah

Apakah perencanaan dan pengendalian biaya/dana pada Bapel Jamkesda Kabupaten Sinjai telah sesuai antara penerimaan dari iuran dengan biaya total yang dikeluarkan ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk dapat mengetahui pentingnya analisis Break Even Point (analisis titik impas) sebagai suatu alat untuk perencanaan dan pengendalian biaya/dana pada Bapel Jamkesda Kabupaten Sinjai.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui berapa angka Break Even Point (BEP) pada Bapel Jamkesda Kabupaten Sinjai.
- b. Untuk mengetahui berapa jumlah peserta yang harus dicapai untuk menentukan titik Break Even Point pada Bapel Jamkesda Kabupaten Sinjai.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Ilmiah

Penelitian ini dapat menambah referensi bagi pembaca maupun penelitian selanjutnya tentang Analisis Titik Impas (Break Even Point) Bapel Jamkesda Kabupaten Sinjai.

2. Manfaat Praktis

Penelitian ini dapat memberikan informasi serta masukan bagi Bapel Jamkesda Kabupaten Sinjai.

3. Manfaat Bagi Institusi

Diharapkan hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan kajian pustaka bagi kemajuan ilmu pengetahuan lebih lanjut.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Break Even Point

Analisis BEP atau titik pulang pokok biasa dipergunakan sebagai alat untuk menggambarkan keadaan yang mana perusahaan memperoleh hasil penjualan yang jumlahnya sama dengan jumlah seluruh biaya yang telah dikeluarkan atau dengan kata lain perusahaan tidak mengalami kerugian atau keuntungan.

Analisis titik pulang pokok adalah suatu analisis tentang titik yang menunjukkan keseimbangan antara jumlah biaya yang dikeluarkan dengan jumlah pendapatan yang diperoleh dari hasil penjualan atau penerimaan. Dengan mengetahui hubungan itu, maka analisis pulang pokok dapat digunakan untuk membantu menetapkan sasaran atau tujuan perusahaan.

Menurut Soehardi Sigit (1995), analisis Break Even adalah suatu cara/teknik yang digunakan seorang petugas atau seorang manajer untuk mengetahui pada volume (jumlah) penjualan dan volume produksi berapakah perusahaan yang bersangkutan tidak menderita kerugian dan tidak pula memperoleh laba.

Dari pengertian tersebut dapat dikatakan bahwa, jika suatu perusahaan memperoleh hasil dari penjualan atau seluruh hasil dijumlahkan, jumlah itu sama besarnya dengan seluruh biaya yang dikeluarkan maka perusahaan itu dikatakan Break Even.

Harnanto (1998) mengemukakan BEP adalah suatu keadaan dimana dalam operasi perusahaan, perusahaan tidak memperoleh laba dan tidak menderita rugi (penghasilan = total biaya).

Dari pengertian tersebut dikatakan bahwa suatu kebijakan yang baik apabila manajemen perusahaan menggunakan teknik analisa Break Even Point agar dapat memberikan gambaran yang bermanfaat mengenai hubungan antara biaya yang dikeluarkan dengan penghasilan yang diperoleh, sehingga dapatlah diketahui besarnya anggaran yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan. Jadi bilamana perusahaan menghendaki penambahan kegiatan dalam usahanya untuk meningkatkan laba, maka perlu diperkirakan berapa jumlah tambahan modal kerja yang diperlukan.

Selain kegunaan-kegunaan yang telah disebutkan seperti di atas, kegunaan-kegunaan lain dari analisa BEP adalah, seperti yang dikemukakan oleh Soehardi Sigit (1995) :

1. Sebagai landasan merencanakan kegiatan operasional dalam usaha mencapai laba tertentu. Jadi dapat digunakan untuk perencanaan laba (*Profit Planning*).
2. Sebagai dasar/landasan untuk mengendalikan kegiatan operasi yang sedang berjalan, yaitu alat untuk pencocokan antara realisasi dengan angka-angka dalam perhitungan BEP atau dalam gambar (*Chart*) BEP. Jadi sebagai alat pengendalian atau kontrol.

3. Sebagai bahan pertimbangan dalam menentukan harga jual, yaitu setelah diketahui hasil-hasil perhitungannya menurut analisis BEP dan laba yang ditargetkan.
4. Sebagai bahan pertimbangan dalam mengambil keputusan yang harus dilakukan oleh seorang pemimpin. Misalnya seorang manajer yang akan mengambil keputusan harus menanyakan terlebih dahulu berapa titik impasnya.

Ada dua pendekatan yang dapat digunakan dalam mencari BEP suatu perusahaan. Pendekatan tersebut adalah :

I. Pendekatan Persamaan;

a. Persamaan Biasa

Break Even Point (BEP) dengan pendekatan ini dapat dicari dengan menentukan laba sama dengan nol.

$$\text{Laba} = \text{Penerimaan} - (\text{biaya variabel} + \text{biaya tetap})$$

Karena laba dalam BEP sama dengan nol, maka persamaan tersebut menjadi : $\text{Penerimaan} - (\text{biaya variabel} + \text{biaya tetap}) = 0$ atau Penerimaan

$$\text{BEP} = \text{Biaya Variabel} + \text{Biaya Tetap}.$$

b. Metode Contribution Margin

BEP dapat pula dicari dengan pendekatan marginal income (contribution margin).

$$\text{CM} = \text{Penerimaan} - \text{Biaya variabel}$$

$$\text{Jadi BEP} = \frac{\text{Biaya tetap} + \text{Laba yang diinginkan}}{\text{Contribution Margin (Rp)}}$$

Atau BEP dalam rupiah :

$$\text{BEP} = \frac{\text{Biaya tetap} + \text{Laba yang diinginkan}}{\text{Ratio Contribution Margin}}$$

$$\text{Atau BEP} = \frac{\text{Biaya Tetap}}{1 - \frac{\text{Biaya variabel}}{\text{Penerimaan}}}$$

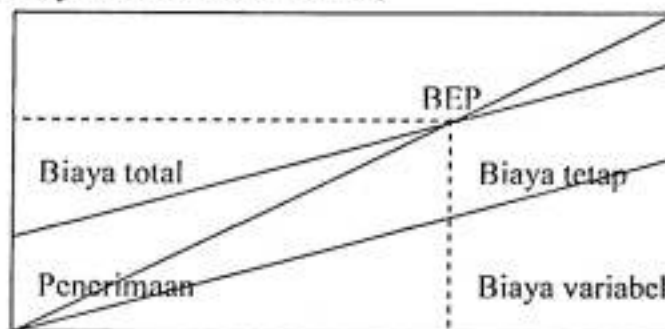
2. Pendekatan Grafik;

BEP dapat dicari dengan menggunakan pendekatan grafik, langkah-langkah pembuatannya adalah sebagai berikut :

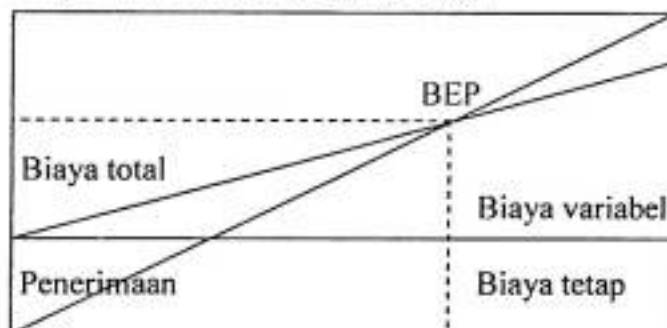
- a. Dibuat grafik Biaya variabel, biaya tetap, dan grafik Penerimaan
- b. Menjadikan grafik biaya variabel dan tetap menjadi satu grafik biaya yaitu menambah antara garis biaya variabel dan tetap. Hal ini dapat dilakukan biaya variabel lebih dahulu (dimulai dari nol) atau biaya variabel dimulai setelah biaya tetap.
- c. Menjadikan satu, ketiga elemen BEP tersebut, yaitu biaya variabel, biaya tetap dan penerimaannya sehingga didapatkan BEP-nya.

Dalam pembuatan grafik BEP, ada dua cara :

1). Biaya variabel dari titik nol;



2). Biaya variabel dari atas biaya tetap;



B. Tinjauan Umum Tentang Biaya

Yang dimaksud dengan biaya yaitu segala pengorbanan yang dikeluarkan untuk memperoleh suatu hasil atau mencapai suatu tujuan tertentu. Dalam hal ini pengorbanan diukur dengan nilai moneter. (Harnanto,1998). Pengeluaran-pengeluaran yang timbul dalam pencapaian suatu tujuan disebut biaya, dengan pengharapan bahwa biaya yang telah dikeluarkan itu akan menghasilkan manfaat lebih besar daripada yang telah dikorbankan. Oleh karena itu setiap kegiatan yang

akan dilakukan hendaknya diketahui berapa jumlah pengorbanan yang harus dikeluarkan agar tercapai hasil yang diinginkan.

Dalam arti luas biaya adalah pengorbanan sumber ekonomis yang diukur dalam satuan uang, yang telah terjadi atau kemungkinan akan terjadi untuk mencapai tujuan (Mulyadi,1999).

Jadi setiap pengorbanan dalam waktu kapan saja untuk mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan tergolong dalam biaya. Bila kita perhatikan defenisi biaya tersebut maka, hal ini merupakan pengertian biaya secara luas, karena didalamnya masih terkandung berbagai unsur biaya.

Dengan berpatokan pada pengertian biaya, maka Halim (1995) memberikan batasan tentang biaya (*cost*) yaitu biaya-biaya yang dianggap akan memberikan nanaat (*services potentials*) di waktu yang akan datang dan karenanya merupakan aktiva yang dicantumkan dalam neraca. Dan sebaliknya ongkos (*expense*) yaitu biaya-biaya yang telah digunakan untuk menghasilkan prestasi, karena jenis biaya ini tidak dapat memberi manfaat lagi di waktu yang akan datang, maka tempatnya adalah perkiraan laba rugi.

Dari sekian pendapat tentang biaya, terlihat formulasi yang berbeda-beda. namun pada hakekatnya adalah sama dimana biaya diartikan sebagai suatu pengeluaran yang diharapkan dapat mendatangkan hasil yang lebih besar dari apa yang telah dikeluarkan tersebut pada masa yang akan datang.

C. Tinjauan Umum Tentang Pendapatan

Pendapatan ialah seluruh penerimaan seseorang sebagai imbalan atas tenaga dan/atau pikiran yang telah dicurahkan untuk orang lain atau badan/organisasi, baik dalam bentuk uang, natura maupun fasilitas, dalam jangka waktu tertentu. Pada dasarnya harus dapat memenuhi kebutuhan hidup baik untuk dirinya maupun untuk keluarga. Namun hal itu dalam masyarakat yang berteknologi maju, dimana kebutuhan hidup makin meningkat tidak hanya dalam jenis tetapi juga dalam hal keuangan, pendapatan seseorang tidak lagi dapat menjangkau kebutuhannya bersama keluarga. Kebutuhan hidup semakin meningkat disatu pihak, kurang dapat diimbangi dengan pendapatan yang relatif tetap, sehingga menyebabkan perubahan pola ketenagakerjaan. Kalau tempo dulu pendapatan seseorang kepala keluarga cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup sekeluarga, maka dewasa ini hal itu hanya berlaku bagi golongan tertentu saja, sedangkan bagi golongan lain sudah tidak mungkin lagi.

Pada golongan lain maka terpaksa suami/istri harus bekerja, pendapatan gabungan dapat memenuhi kebutuhan hidupnya. Inilah yang dimaksud dengan pergeseran pola ketenagakerjaan itu. Dalam mengukur kebutuhan hidup dengan pendapatan ada dua metode pendekatan. Pertama pendapatan memenuhi kebutuhan fisik minimum (KFM), kedua pendapatan memenuhi kebutuhan hidup minimum (KHM).

Guna mempertahankan dan membahagiakan hidupnya manusia mempunyai berbagai macam kebutuhan, yang disebut kebutuhan hidup (*human needs*).

Macam-macam kebutuhan hidup itu dapat dikelompokkan kedalam beberapa kelompok, salah satu diantaranya menjadi 5 kelompok, seperti yang dikemukakan oleh Jhon F.Mee sebagai berikut :

1. Physiological needs, oxigen, food, drink, rest, sex, temperaure control
2. Personal security and safety needs
3. Recognition
4. Self realization of one ideals

Kebutuhan tersebut di atas masih dapat diringkas menjadi dua kelompok besar seperti yang berlaku dalam masyarakat Indoncsia, yaitu kebutuhan material (jasmania) dan kebutuhan spritual (rohania). Kebutuhan material yaitu kebutuhan yang menyangkut pada hidup sehat secara jasmania dalam istilah yang populer yaitu kebutuhan akan pangan, sandang dan papan (PSP). Kalau dalam kelompok yang dibuat Jhon F. Mee diatas, kebutuhan material termasuk dalam kelompok 1. selanjutnya tentang kebutuhan spritual yaitu kebutuhan yang menyangkut kesejahteraan hidup yang tidak dapat hidup secara material. Dalam kelompok tersebut diatas termasuk pada butir 2-5. Dalam usaha pemenuhan kebutuhan hidup ada dua cara penentuan kebutuhan minimal bagi pegawai/pekerja, yaitu Kebutuhan Fisik Minimum yang berkaitan dengan kebutuhan material yang berkomponen pangan, sandang, papan secara lengkap. Cara kedua dengan penentuan kebutuhan hidup minimum (KHM), yaitu kebutuhan yang sudah menyangkut pada kebutuhan akan kesejahteraan.

D.-Tinjauan Umum Tentang Dana Sehat

Dana sehat merupakan suatu upaya dari, oleh dan untuk masyarakat, melalui usaha perhimpunan dana secara pra-upaya guna menjamin terselenggaranya pemeliharaan kesehatan, yang meliputi upaya peningkatan kesehatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), pengobatan penyakit (*kuratif*), dan pemulihan kesehatan (*rehabilitatif*).

Dana sehat adalah suatu program kesehatan masyarakat yang dibentuk oleh masyarakat bekerjasama dengan lembaga yang melayani kesehatan dan dikoordinir oleh pemerintah setempat.

Tujuan Dana Sehat

1. Tujuan Umum

Terwujudnya pemeliharaan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat yang terjamin kesinambungan dan mutunya melalui tertib penyelenggaraan kesehatan, kepesertaan dan pendanaannya.

2. Tujuan Khusus

- a. Terselenggaranya pemeliharaan kesehatan yang bermutu, berhasil guna bagi perorangan, keluarga dan masyarakat,
- b. Tersedianya dana yang dihimpun secara pra-upaya atas azas gotong royong,
- c. Terwujudnya pengelolaan yang efisien dan efektif oleh lembaga/organisasi masyarakat yang melindungi kepentingan peserta.

Dana sehat merupakan salah satu bentuk peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan, dan dalam tujuannya diarahkan agar tercapai kemandirian dalam penyelenggaraannya yang ditempuh melalui kelembagaan yang ada dalam masyarakat seperti RT/RW, LKMD/PKK, paguyuban dan pengajian, koperasi, sekolah dan sebagainya. Selanjutnya, diharapkan akan tercapainya penyelenggaraan yang tertib dan mencakup manajemen pelayanan, manajemen keuangan dan manajemen kepesertaan yang menjamin pemeliharaan kesehatan secara terarah, berdaya guna dan berhasil guna.

Yang sangat penting dalam usaha dan program dana sehat adalah partisipasi secara kreatif dan tanggung jawab seluruh masyarakat yang menjadi anggota yang meliputi: daya, pikiran, dana, dan lain sebagainya.

Dana sehat merupakan program pelayanan kesehatan yang menghendaki peran serta masyarakat, olehnya itu dilaksanakan melalui pendekatan pengembangan dan pembinaan pembangunan kesehatan masyarakat desa (PKMD). Hak-hak yang diperlukan dalam pelaksanaan PKMD adalah :

1. Masyarakat perlu dikembangkan pengertiannya yang benar tentang kesehatan dan program yang dilaksanakan oleh pemerintah.
2. Masyarakat perlu dikembangkan kesadarannya dalam potensi dan sumber daya yang dimiliki harus dikembangkan, dibina kemampuan dan keberaniannya, untuk berperan serta aktif dan berswadaya dalam meningkatkan mutu hidup dan kesejahteraan mereka.

3. Harus ada kepekaan dari pembina untuk memahami aspirasi yang timbul dari masyarakat dan dapat berperan secara wajar dan cepat.
4. Harus ada keterbukaan dan interaksi yang dinamis dan berkesinambungan baik antar pembina maupun antara pembina dengan masyarakat, hingga muncul arus pemikiran yang mendukung kegiatan PKMD.
5. Sikap mental pihak penyelenggara pelayanan perlu dipersiapkan terlebih dahulu agar dapat menyadari bahwa masyarakat mempunyai hak dan potensi untuk menolong dirinya sendiri dalam meningkatkan mutu hidup dan kesejahteraan mereka.

Adapun bentuk peran serta aktif masyarakat dalam kegiatan dana sehat adalah :

- Mendukung secara aktif kegiatan-kegiatan yang ada,
- Hadir dalam rapat-rapat yang diadakan,
- Bersedia menyampaikan saran-saran dan kritik tentang program,
- Mencari jalan keluar dari kesulitan yang dihadapi,
- Bersedia menjadi kader bila memungkinkan,
- Mengajak tetangga yang belum menjadi anggota, masuk dana sehat.

Partisipasi masyarakat dengan kelompok melalui dana sehat adalah kegiatan yang erat hubungannya dengan pengumpulan dan pemakaian uang

yang dilaksanakan melalui pengurus. Pengurus itu dipilih oleh masyarakat melalui musyawarah kelompok, yang terdiri dari :

- Ketua : Bertugas mengkoordinir semua kegiatan
- Sekretaris : Sebagai penulis/petugas administrasi lainnya
- Bendahara : Bertugas mengumpulkan dan menyetor pemakaian uang dari anggotanya, dengan mengutamakan pemakaian untuk menanggulangi pelayanan medis di Puskesmas.

Masalah-masalah dalam pelaksanaan dana sehat, diantaranya bila program sudah mulai dengan kegiatan pengobatan, beberapa kesulitan dan hambatan yang sering dijumpai adalah :

1. Terjadi kerugian, yang dimaksud adalah jumlah pemasukan uang baik dari iuran anggota maupun usaha lain lebih kecil daripada uang yang harus dikeluarkan untuk biaya pengobatan.
2. Terjadi kebosanan dalam diri para anggotanya.
3. Tidak terjadi tambahan kegiatan.
4. Terjadi persaingan dan hubungan yang kurang harmonis diantara pihak yang berkepentingan dengan program.

E. Tinjauan Umum Badan Pelaksana (Bapel) JAMKESDA

Badan pelaksanaan (Bapel Jamkesda, kedepan akan membantu pemerintah daerah dalam rangka mencapai total coverage. Untuk itu Bapel Jamkesda tidak hanya diperuntukkan bagi masyarakat miskin, sehingga harus berbadan hukum berdasarkan keputusan Bupati Sinjai nomor 223 tahun 2004, tentang pembentukan Tim Persiapan Badan Pengelola Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) Kabupaten Sinjai.

Tim Persiapan terdiri dari kepala badan dan 3 (tiga) Kepala Bidang yang dalam melaksanakan tugasnya dibantu oleh staf administrasi. Adapun tugas dan tanggung jawab kepala badan dan masing – masing kepala bidang adalah :

1. Kepala Badan mempunyai tugas dan tanggungjawab sebagai berikut:
 - a. Memimpin, menyusun rencana kerja dan kebijakan dalam pelaksanaan tugas dan operasional badan pengelolah jaminan kesehatan daerah (JAMKESDA) Kabupaten Sinjai.
 - b. Membina dan melakukan pengawasan serta evaluasi pelaksanaan tugas badan pengelolah Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) Kabupaten Sinjai.
 - c. Membimbing, mengarahkan dan mengkoordinasikan pelaksanaan kegiatan para kepala bidang dan staf bawahan agar melaksanakan tugas sesuai dengan standar kinerja.
 - d. Bertanggung jawab dan melaporkan hasil kegiatan kepada Bupati Sinjai.
2. Kepala Bidang Administrasi dan Kepesertaan mempunyai tugas dan tanggung jawab sebagai berikut :

- a. Memberikan pelayanan teknis administrasi, melaksanakan kegiatan ketatausahaan, dan menyusun pedoman kerja.
- b. Melakukan pembinaan tata laksana organisasi, serta koordinasi dengan masing – masing bidang dan instansi terkait.
- c. Menyelenggarakan urusan umum, surat menyurat, tata kearsipan, pelayanan jaminan kesehatan daerah (jamkesda) kabupaten sinjai.
- d. Melakukan verifikasi terhadap kebenaran administrasi bagi pemberi pelayanan kesehatan (PPK) yang mengajukan pembayaran klaim.
- e. Melaksanakan kegiatan administrasi kepegawaian dan pengelolaan sumber daya manusia badan pengelola jaminan pelayanan kesehatan daerah (JAMKESDA) Kabupaten Sinjai.
- f. Mengkoordinasikan kegiatan kerumahtanggaan, pengelolaan peralatan atau perlengkapan dan alat inventaris lainnya.
- g. Melaksanakan kegiatan pendaftaran dengan melibatkan unsur – unsur terkait untuk kemudian menerbitkan kartu peserta JAMKESDA.
- h. Melakukan verifikasi (cross check) terhadap kepersetaan JAMKESDA melalui koordinasi dengan instansi terkait.
- i. Menyusun rencana dan melaksanakan sosialisasi secara terus menerus dan berkelanjutan mengenai JAMKESDA kepada masyarakat Kabupaten Sinjai.

- j. Melakukan pemetaan terhadap pangsa pasar dan minat masyarakat untuk ikut serta dalam program JAMKESDA dengan sistem dan pola Asuransi Kesehatan.
 - k. Dalam melaksanakan tugas dibantu 5 (lima) orang anggota yang bertanggung jawab dan melaporkan hasil kegiatan kepada kepala badan pengelola jaminan kesehatan daerah (JAMKESDA) Kabupaten Sinjai.
3. Kepala Bidang Keuangan Mempunyai Tugas dan tanggung Jawab sebagai berikut :
- a. Membuat perencanaan keuangan, menyusun anggaran penerimaan dan pengeluaran badan pengelola jaminan kesehatan daerah (JAMKESDA) Kabupaten Sinjai.
 - b. Melaksanakan urusan perbendaharaan, akuntansi dan mobilisasi dana jaminan kesehatan daerah (JAMKESDA) Kabupaten Sinjai.
 - c. Melaksanakan verifikasi terhadap kebenaran administrasi keuangan yang terkait dengan klaim yang diajukan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK).
 - d. Menyusun dan mengkaji sumber dana dan aliran dana badan penyelenggara JAMKESDA
 - e. Membuat laporan pertanggung jawaban keuangan yang dikelola oleh badan penyelenggara JAMKESDA
 - f. Melakukan pengawasan bimbingan dan pembinaan pembukuan kepada para kasir.

- g. Dalam melaksanakan tugas dibantu 4 (empat) orang anggota yang bertanggung jawab dan melaporkan hasil kegiatan kepada kepala badan pengelola jaminan kesehatan daerah (JAMKESDA) Kabupaten Sinjai.
4. Kepala Bidang Pelayanan mempunyai tugas dan tanggung jawab sebagai berikut :
- a. Merencanakan besaran nilai pelayanan kesehatan, menghitung besaran premi kepada masyarakat peserta jaminan kesehatan daerah (JAMKESDA) untuk pelayanan kesehatan.
 - b. Mengkoordinasikan rencana kebutuhan, pelaksanaan dan pengawasan pelayanan medis dan pelayanan penunjang medis pada pemberi pelayanan kesehatan (PPK).
 - c. Melakukan pemantauan dan pengawasan terhadap pemberi pelayanan kesehatan (PPK) yang melakukan kerjasama dengan badan pengelola JAMKESDA.
 - d. Melakukan verifikasi terhadap penggunaan obat yang diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan (PPK) kepada pasien pada saat mengajukan klaim.
 - e. Dalam melaksanakan tugas dibantu 5 (lima) orang anggota yang bertanggung jawab dan melaporkan hasil kegiatan kepada kepala badan pengelola jaminan kesehatan daerah (JAMKESDA) Kabupaten Sinjai.

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran Variabel Yang Diteliti

Bilamana perusahaan/ kelompok BAPEL JAMKESDA menghendaki pertambahan kegiatan dalam usahanya untuk meningkatkan mutu pelayanan, maka dapat pula memperkirakan berapa jumlah tambahan modal kerja yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan itu.

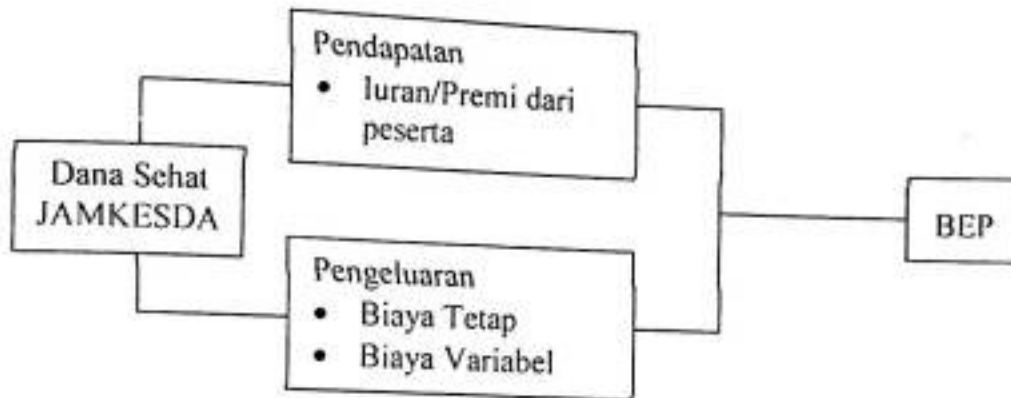
Untuk dapat mencapai maksud tersebut maka dapat dilakukan dengan menggunakan metode analisa Break Even Point (BEP). Namun sebaiknya kita harus mengetahui terlebih dahulu beberapa dasar pemikiran dari analisa BEP tersebut.

Soehardi Sigit mengemukakan pendapat mengenai dasar pemikiran analisis Break Even Point antara lain :

1. Bahwa biaya yang terjadi dalam perusahaan bersangkutan (yang dihitung BEP-nya) dapat diidentifikasi (ditetapkan) sebagai biaya variabel atau biaya tetap. Biaya-biaya yang meragukan apakah sebagai biaya tetap atau biaya variabel harus tegas dimasukkan kedalam salah satu "variabel" atau "tetap". Dalam analisis Break Even Point hanya ada dua kelompok biaya yaitu biaya variabel dan biaya tetap.

2. Bahwa yang ditetapkan sebagai biaya tetap itu akan tetap konstan, tidak mengalami perubahan meskipun volume produksi atau volume kegiatan berubah.
3. Bahwa yang ditetapkan sebagai biaya variabel itu akan tetap sama jika dihitung biaya per unit produksinya, berapapun kuantitas unit yang diproduksi. Jika kegiatan itu berubah, biaya variabel itu berubah secara proporsional dalam jumlah seluruhnya, sehingga per unit akan tetap sama.
4. Bahwa harga jual per unit akan tetap saja berapapun banyaknya unit produksi yang dijual, harga jual tidak akan turun meskipun pembeli banyak, sebaliknya harga per unit tidak akan naik, meskipun langganan pembeli sedikit.
5. Bahwa perusahaan bersangkutan menjual/memproduksi hanya satu jenis barang, jika ternyata menjual/memproduksi lebih dari satu jenis produk, itu harus dianggap sebagai satu jenis produk dengan kombinasi yang selalu tetap.
6. Bahwa ada sinkronisasi dalam perusahaan yang bersangkutan antara produk dan penjualan barang yang diproduksi itu terjual dalam periode yang bersangkutan. Jadi tidak ada sisa produk atau persediaan akhir periode (di awal periode). Jika biasanya terdapat persediaan akhir, maka persediaan itu dianggap telah terjual, jadi perhitungan Break Even Point tidak mengakui adanya barang persediaan.

B. Model Hubungan Antar Variabel



C. Defenisi Operasional

1. Peserta adalah setiap orang yang terdaftar sebagai peserta dalam program JAMKESDA Kabupaten Sinjai.
2. Iuran/premi adalah sejumlah uang yang harus dibayarkan secara berkala oleh peserta kepada badan penyelenggara JAMKESDA Kabupaten Sinjai untuk pemeliharaan kesehatan sesuai dengan paket pemeliharaan kesehatan yang menjadi haknya.
3. Biaya tetap adalah biaya yang dikeluarkan oleh pihak pengelola Bapel JAMKESDA Kabupaten Sinjai untuk kelancaran operasional Bapel yang sifatnya tidak mengalami perubahan.
4. Biaya variabel adalah biaya yang dikeluarkan oleh pihak pengelola dana untuk kegiatan / usaha Bapel JAMKESDA Institusi Dinkes Kabupaten Sinjai.
5. Pendapatan adalah penerimaan premi/iuran oleh Bapel melalui peserta JAMKESDA Kabupaten Sinjai.

6. Break Even Point/titik impas adalah suatu analisa dimana antara pendapatan atau penerimaan premi tetap sama besarnya dengan jumlah operasional yang dikeluarkan oleh Bapel JAMKESDA Kabupaten Sinjai sehingga tidak mendapatkan keuntungan ataupun menderita kerugian.
7. JAMKESDA adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra-upaya.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian survey deskriptif berupa pengambilan data terhadap salah satu bagian masalah yakni Analisis Titik Inpas (Break Even Point) dengan pendekatan kuantitatif yang ada di Bapel Jamkesda Kabupaten Sinjai.

B. Populasi Dan Sampel

a. Populasi

Yang menjadi populasi dalam penelitian ini adalah seluruh dokumen/laporan kegiatan Bapel JAMKESDA Kabupaten Sinjai.

b. Sampel

Sampel dalam penelitian ini yaitu seluruh hasil laporan dana/biaya baik pendapatan dalam bentuk iuran dari peserta maupun biaya operasional berupa penggunaan dana (biaya tetap dan biaya variabel) pada Bapel Jamkesda Kabupaten Sinjai.

C. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan mengambil data sekunder yang diperoleh dari bahan dokumentasi seperti laporan mengenai biaya penerimaan dan biaya pengeluaran baik biaya tetap maupun biaya variabel Bapel Jamkesda Kabupaten Sinjai.

D. Pengolahan Dan Penyajian Data

Data yang diperoleh akan diolah dengan menggunakan kalkulator dan komputer kemudian disajikan dalam bentuk tabel hasil analisis yang disertai dengan penjelasan dalam bentuk narasi.

E. Analisa Data

Analisa data dengan menggunakan teknik analisa BEP secara linear dengan rumus :

$$BEP = \frac{FC}{1 - \frac{VC}{R}}$$

Dimana : FC = Fixed Cost (Biaya Tetap)

VC = Variabel Cost (Biaya Variabel)

R = Revenue (Penerimaan)

BAB V
HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dari tanggal 9 Mei sampai dengan tanggal 9 Juni tahun 2008 di Bapel JAMKESDA Kabupaten Sinjai.

Adapun hasil penelitian adalah sebagai berikut :

I. Jumlah Peserta JAMKESDA

Peserta Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat pada Bapel JAMKESDA Kabupaten Sinjai tahun 2007 adalah mereka yang berada dibawah naungan Bapel JAMKESDA Kabupaten Sinjai, dimana pada periode Januari sampai dengan Desember sebanyak

Tabel 1.
Kepesertaan BAPEL JAMKESDA Kabupaten Sinjai Tahun 2006 - 2007

No	Tahun	Jenis Kepesertaan						Jumlah	
		ASKES/PNS		UMUM		GAKIN		KK	JIWA
		KK	JIWA	KK	JIWA	KK	JIWA		
1	2006	3,266	14,753	9,365	43,148	15,229	65,548	27,860	123,449
2	2007	5,868	26,803	19,275	95,551	15,053	72,344	40,196	194,698

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 1 diatas jumlah peserta JAMKESDA untuk periode tahun 2006 s/d tahun 2007 mengalami peningkatan cukup signifikan yaitu dari 27.860 KK tahun 2006 menjadi 40.196 KK pada tahun 2007 atau meningkat 69,3 % dengan Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) 4 Puskesmas, dan 1 RS

TABEL 2
KEPESERTAAN BAPEL JAMKESDA KABUPATEN SINJAI
PERKECAMATAN SAMPAI DENGAN TAHUN 2007

NO	KECAMATAN	PESERTA						JUMLAH	
		ASKESKIN/PNS		UMUM		GAKIN		KK	JIWA
		KK	JIWA	KK	JIWA	KK	JIWA		
1	SINJAI UTARA	3,746	16,469	11,177	44,087	1,829	8,231	16,752	68,787
2	SINJAI TIMUR	500	2,295	2,112	8,987	2,883	11,904	5,495	23,186
3	BULUPODIDO	588	2,425	366	1,646	1,574	7,825	2,528	11,896
4	SINJAI TENGAH	233	1,079	1,036	4,682	1,057	7,818	2,326	13,579
5	SINJAI SELATAN	454	2,212	1,675	7,909	2,214	12,871	4,343	22,992
6	TELLULIMPOE	120	570	1,705	7,877	2,278	9,802	4,103	18,249
7	SINJAI BARAT	116	524	296	1,304	1,326	5,250	1,738	7,078
8	SINJAI BORONG	86	1,123	280	1,302	1,209	4,864	1,575	7,289
9	PULAU IX	25	106	628	17,757	683	3,779	1,336	21,642
	JUMLAH	5,868	26,803	19,275	95,551	15,053	72,344	40,196	194,698

Sumber : data sekunder

Berdasarkan tabel 2 diatas dapat digambarkan bahwa yang tertinggi kepesertaan adalah kecamatan sinjai utara dengan jumlah 16.752 KK (68.787 jiwa) kemudian sinjai timur dengan jumlah 5.495 KK (23.186 jiwa). Yang terkecil jumlah kepesertaanya adalah kecamatan pulau IX dengan jumlah 1.336 KK (21.642 jiwa).

2. Jumlah Penerimaan Premi Peserta JAMKESDA

Adapun jumlah premi yang diperoleh dari peserta JAMKESDA Kabupaten Sinjai pada tahun 2007 adalah sebagai berikut :

Tabel 3.
Jumlah Premi Peserta JAMKESDA Kabupaten Sinjai
Tahun 2007.

NO	BULAN	KEPESERTAAN	PREMI / KK	TOTAL PREMI
1	JANUARI	3350	10000	33.496.667
2	FEBRUARI	3350	10000	33.496.667
3	MARET	3350	10000	33.496.667
4	APRIL	3350	10000	33.496.667
5	MEI	3350	10000	33.496.667
6	JUNI	3350	10000	33.496.667
7	JULI	3350	10000	33.496.667
8	AGUSTUS	3350	10000	33.496.667
9	SEPTEMBER	3350	10000	33.496.667
10	OKTOBER	3350	10000	33.496.667
11	NOVEMBER	3350	10000	33.496.667
12	DESEMBER	3350	10000	33.496.667
		40196		401.960.000

Sumber : Data Primer

Dari tabel 3. diatas pada bulan Januari sampai dengan Desember terhimpun sebanyak 40.196 kepesertaan/KK dengan premi per bulan Rp. 10.000,- maka dapat dikumpulkan premi setiap bulannya sebanyak Rp. 33,496,667, dan jumlah total premi khusus periode Januari sampai dengan Desember sebesar Rp. 401,960,000

Dari tabel tersebut juga dapat diketahui bahwa total premi untuk periode Januari sampai dengan Desember tahun 2007 sebesar Rp. 401,960,000

3. Jumlah Kunjungan Peserta Tahun 2007.

Besarnya jumlah kunjungan peserta JAMKESDA berdasarkan Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) untuk tahun 2007 adalah sebagai berikut :

Tabel 4.
Jumlah Kunjungan Peserta JAMKESDA /Tingkat Utilisasi Penggunaan JAMKESDA Kabupaten Sinjai Tahun 2007.

No	Bulan	Jumlah Kunjungan Peserta Berdasarkan PPK					Total Kunjungan
		Balangnipa	Bulupoddo	Mannanti	Samaenre	RSU SINJAI	
1	Januari	2	7	-	-	22	31
2	Februari	7	5	6	6	22	46
3	Maret	25	8	9	7	5	54
4	April	58	4	-	7	13	82
5	Mei	61	3	5	5	38	112
6	Juni	51	6	6	3	34	100
7	Juli	81	4	6	-	15	106
8	Agustus	10	8	7	1	6	32
9	September	11	4	7	2	8	32
10	Oktober	16	8	5	16	15	60
11	November	16	9	6	16	15	62
12	Desember	5	8	8	1	-	22
Total		343	74	65	64	193	739

Sumber : Data Primer

Dari tabel 4. diatas total kunjungan peserta pada tahun 2007 sebanyak 739 orang, berdasarkan pada Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK), yang terbanyak menerima kunjungan yakni PKM Balangnipa 343 Orang, disusul RSU Sinjai 193 orang, PKM Bulupoddo 74 orang, PKM Mannanti 65 Orang dan PKM Samaenre 64 Orang.

Jika berdasarkan besarnya kunjungan pada tiap bulan, maka yang terbanyak adalah pada bulan Mei 112 Orang, disusul bulan Juli 106 Orang,

bulan Juni 100 orang, bulan April 82 orang, dan kunjungan yang paling kecil yakni pada bulan Desember yang hanya 22 orang, dan lebih jelasnya untuk kunjungan/penggunaan peserta JAMKESDA terhadap PPK setiap bulan dapat dilihat pada grafik 1. dibawah ini.



Grafik 1. Jumlah Kunjungan Peserta JAMKESDA pada PPK

4. Proyeksi Biaya Operasional (tetap) Tahun 2007.

Besarnya biaya operasional tetap yang terdiri dari Gaji pegawai, transport, kesejahteraan pegawai, ATK, foto copy, service, dan administrasi pengelolaan oleh Bapel Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) Kabupaten Sinjai tahun 2007 adalah sebagai berikut ;

Tabel 5.
Proyeksi Biaya Operasional (Tetap) BAPEL JAMKESDA
Kabupaten Sinjai Tahun 2007

No	Bulan	Gaji (Rp)	Trans.(Rp)	Kes.(Rp)	ATK (Rp)	FC. (Rp)	Serv.(Rp)	Adm.(Rp)	Total (Rp)
1	Januari	6.250.000	196,667	377,083	291,667	416,667	30,408	164,108	7.726,600
2	Februari	6.250.000	196,667	377,083	291,667	416,667	30,408	164,108	7.726,600
3	Maret	6.250.000	196,667	377,083	291,667	416,667	30,408	164,108	7.726,600
4	April	6.250.000	196,667	377,083	291,667	416,667	30,408	164,108	7.726,600
5	Mei	6.250.000	196,667	377,083	291,667	416,667	30,408	164,108	7.726,600
6	Juni	6.250.000	196,667	377,083	291,667	416,667	30,408	164,108	7.726,600
7	Juli	6.250.000	196,667	377,083	291,667	416,667	30,408	164,108	7.726,600
8	Agustus	6.250.000	196,667	377,083	291,667	416,667	30,408	164,108	7.726,600
9	September	6.250.000	196,667	377,083	291,667	416,667	30,408	164,108	7.726,600
10	Oktober	6.250.000	442,500	377,083	291,667	416,667	26,167	127,250	7.931,334
11	November	6.250.000	442,500	377,083	291,667	416,667	26,167	127,250	7.931,334
12	Desember	6.250.000	442,500	377,083	291,667	416,667	26,167	127,250	7.931,334
	Total	75.000,000	3,097,503	4,525,000	3,500,000	5,000,000	352,173	1,852,722	93,333,398

Sumber : Data Primer

Dari tabel 5. diatas besarnya gaji pegawai untuk satu tahun Rp.75.000.000,- atau Rp.6.250.000,- per bulannya. Biaya transport per bulan Rp.196.667,- dan Rp.3.097.503,- dalam satu tahun. Biaya kesejahteraan pegawai Rp.377,083, per bulan atau Rp. 4,525,000,- per tahun. Biaya ATK Rp. 291,667,- per bulan atau Rp.3,500,000,- dalam satu tahun. Biaya foto copy Rp. 416,667,- per bulan atau Rp.5,000,000,-. Biaya service Rp.30.408,- per bulan dan Rp.352.173,- dalam satu tahun, dan biaya administrasi Rp.164.108,- per bulan dan Rp.1.858.722,- dalam satu tahun.

Total dari biaya operasional tetap dari periode Januari sampai dengan Desember pada tahun 2007 adalah sebesar Rp. 93,333,398,-.

5. Proyeksi Biaya Variabel Pelayanan Kesehatan Tahun 2007

Biaya variabel pelayanan kesehatan tahun 2007, yang meliputi pembayaran kepada Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) pada empat PKM yakni : PKM Balang nipa, PKM Bulupodo, PKM Mananti, PKM Baringen, klaim Rumah Sakit, dan klaim obat dari peserta JAMKESDA yang dikeluarkan setiap bulan pada Tahun 2007 adalah sebagai berikut :

Tabel 6.
Proyeksi Biaya Variabel Pembayaran Klaim PPK Pada BAPEL
JAMKESDA Tahun 2007.

No	Bulan	PKM	RS	Obat	Gigi	Total Klaim (Rp)
1	Januari	211.554	123.792	117.454	70.500	523.300
2	Februari	211.554	123.792	117.454	70.500	523.300
3	Maret	211.554	123.792	117.454	70.500	523.300
4	April	211.554	123.792	117.454	70.500	523.300
5	Mei	211.554	123.792	117.454	70.500	523.300
6	Juni	211.554	123.792	117.454	70.500	523.300
7	Juli	211.554	123.792	117.454	70.500	523.300
8	Agustus	211.554	123.792	117.454	70.500	523.300
9	September	211.554	123.792	117.454	70.500	523.300
10	Oktober	60.000	82.000	21.000	70.500	233.500
11	November	60.000	82.000	21.000	70.500	233.500
12	Desember	60.000	82.000	21.000	70.500	233.500
Total		2.083.986	1.360.128	1.120.086	846.000	5.410.200

Sumber : Data Primer

Berdasarkan tabel 6, diatas besarnya jumlah Kapitasi kepada Puskesmas untuk periode Januari sampai dengan September Rp.211.554,- dan periode Oktober sampai dengan Desember Rp.60.000,- yang dibayarkan pada setiap bulannya oleh Bapel JAMKESDA kepada Puskesmas. Besarnya klaim obat untuk periode Januari sampai dengan September Rp.123.792,- dan periode Oktober sampai dengan Desember Rp.82.000,- yang dibayarkan setiap bulannya, jumlah klaim obat untuk periode Januari sampai dengan September Rp.117.454,- dan untuk periode Oktober sampai dengan Desember Rp.21.000,- yang dikeluarkan setiap bulan yang bersangkutan. Pengobatan Gigi dan Mulut untuk periode Januari sampai dengan Desember besarnya

sama yaitu sebesar Rp.70.500,- yang dibayarkan untuk setiap bulan mulai dari periode Januari sampai dengan Desember tahun 2007.

6. Proyeksi Biaya Operasional Tetap Pertemuan dan Promosi Tahun 2007

Yang dimaksud dengan biaya variabel pertemuan pada Bapel JAMKESDA adalah biaya untuk pertemuan dan konsultasi antara pengurus yang dilaksanakan pada setiap semester (tiap 6 bulan), setiap akhir semester yang bersangkutan.

Adapun yang dimaksud dengan biaya promosi adalah blangko dan liflet yang diberikan kepada setiap peserta baru. Besarnya kedua variabel tersebut dapat dilihat dari tabel berikut ini :

Tabel 7.
Proyeksi Biaya Variabel Pertemuan dan Promosi
Bapel JAMKESDA Kabupaten Sinjai Tahun 2007.

No	Kegiatan	Total Biaya (Rp)
1	Pertemuan	1.646.913
2	Promosi	300.000
Total		1.946.913

Sumber : Data Primer

Dari tabel 7. ini diketahui bahwa untuk biaya pertemuan selama periode Januari sampai dengan Desember Rp.1.646.913,- dan besarnya biaya promosi untuk periode Januari sampai dengan Desember Rp.300.000,-. Sehingga jumlah total biaya variabel Bapel JAMKESDA yakni Rp.1.946.913,- untuk periode periode Januari sampai dengan Desember tahun 2001.

B. Pembahasan

Setelah semua data tentang biaya Fixed Cost yaitu jumlah biaya operasional tetap, biaya variabel cost yakni jumlah biaya klaim Rumah Sakit dan obat serta gigi, serta besarnya premi yang diterima selama periode Januari sampai dengan Desember tahun 2007, maka hasil proyeksi dari semua dana tersebut adalah sebagai berikut :

1. Jumlah Peserta Dan Penyedia Pelayanan Kesehatan

Jumlah anggota yang menjadi peserta JAMKESDA Kabupaten Sinjai tahun 2007 jumlah tetap dari periode Januari sebanyak 3.350 Kepesertaan/KK sampai dengan Desember sebanyak 3.350 Kepesertaan/KK.

Akibat langsung dari tidak meningkatnya kepesertaan Bapel Jamkesda diakibatkan belum muktahirnya system pencatatan berapa angka masyarakat miskin yang perlu dibantu dalam pemberian pelayanan kesehatan.

2. Proyeksi Penerimaan Premi

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa cara pembayaran premi yakni dengan membayar langsung pada Bapel dan PPK yang telah ditunjuk dimana besar premi untuk setiap anggota perbulan Rp.10.000,-.

Dengan sistem kepesertaan anggota JAMKESDA yang bersifat wajib artinya setiap masyarakat kabupaten Sinjai harus memiliki kartu keanggotaan JAMKESDA, maka total premi yang dapat dikumpulkan pada setiap bulan bahkan setiap tahun dapat diketahui dengan jelas sesuai dengan jumlah

masyarakat yang terdaftar sebagai Peserta Bapel Jamkesda pada periode Januari sampai dengan Desember tahun 2007. Hal ini memudahkan bagi Bapel untuk dapat merencanakan dan memproyeksi kegiatan dan pembiayaan untuk setiap tahunnya.

3. Proyeksi Biaya Variabel

Biaya variabel yang terdiri dari biaya Klaim Puskesmas, Klaim Rumah Sakit, Klaim Obat dan Perawatan Gigi dalam semuanya dapat diproyeksi setiap bulannya bahkan setiap tahunnya, karena cara pembayaran klaim adalah dengan sistem pertriwulan, dimana Bapel melakukan kontrak dengan ke empat Puskesmas pada setiap tahun dan pembayarannya pada setiap 3 bulan, dengan jumlah sesuai dengan presentase peserta yang dilayani.

Total biaya variabel adalah Rp.5.410.200,- untuk periode Januari sampai dengan Desember, dimana setiap bulannya pada periode Januari sampai dengan September sebesar Rp.523.300, dan periode Oktober sampai dengan Desember sebesar Rp.233.500,- setiap bulan.

4. Biaya Operasional Tetap

Biaya operasional tetap yang dikeluarkan oleh Bapel agar dapat mendukung dan lancarnya penyelenggaraan JAMKESDA Kabupaten Sinjai, yang meliputi biaya sebagai berikut :

1. Biaya Gaji Pegawai Bapel JAMKESDA periode periode Januari sampai dengan Desember sebesar Rp. 75,000,000,-
2. Biaya Transpor periode Januari sampai dengan Desember Rp.3.097.503,-

3. Biaya Kesejahteraan Pegawai periode Januari sampai dengan Desember Rp. 4,525,000,-
4. Biaya Alat Tulis Kantor periode Januari sampai dengan Desember Rp. 3,500,000,-
5. Biaya Foto Copy periode Januari sampai dengan Desember Rp. 5,000,000,- dan untuk service sebesar Rp.352.173,- serta biaya administrasi Rp.1.858.722,-
6. Total Biaya Operasional Tetap periode Januari sampai dengan Desember tahun 2007 sebesar Rp. 93,333,398,-

Biaya operasional tetap yang terbesar yakni biaya kesejahteraan pegawai, kemudian disusul biaya transport ,administrasi dan biaya Gaji pegawai. Hal ini menunjukkan bahwa Bapel JAMKESDA sangat memperhatikan tingkat kesejahteraan pegawai dengan menganggarkan biaya kesejahteraan yang lebih besar dari biaya-biaya lainnya dan gaji pegawai sebesar Rp. 75,000,000,- yang merupakan urutan ke empat dari seluruh total biaya operasional tetap.

Biaya Pertemuan sebesar Rp.1.646.913,- yang bertujuan untuk memantapkan kinerja dan koordinasi antara Bapel dan PPK yang diselenggarakan tiap semester (6 bulan) dan biaya promosi untuk setiap awal bulan bagi masyarakat baru yang bertujuan untuk mengenalkan JAMKESDA tersebut kepada masyarakat diwilayah Kabupaten Sinjai untuk tahun 2007.

5. Analisis Break Even Point.

Setelah melakukan analisis terhadap biaya variabel, operasional tetap dan besarnya premi yang diterima pada periode Januari sampai dengan Desember tahun 2007, maka dapat dianalisa rugi laba Bapel JAMKESDA dengan pendekatan Break Event Poin (BEP).

Tujuannya untuk mengetahui berapa keuntungan/laba yang diterima Bapel untuk jangka waktu satu tahun.

Perhitungan Break Even Point didasarkan atas anggapan sebagai berikut :

- a. Seluruh biaya operasional tetap adalah Rp.93,333,398,- pertahun yang meliputi :

Biaya Gaji, Transport, Kesejahtaran dan Administrasi Rp.84,481,225

Biaya Pertemuan dan Promosi Rp.1.946.913,-

- b. Jumlah biaya variabel untuk tiap tahun Rp.5.410.200,- yang meliputi :
Klaim Puskesmas, Perawatan Gigi dan Mulut, Klaim Rumah Sakit, Klaim Obat.

- c. Besarnya premi yang diterima untuk satu tahun adalah Rp.401,960,000 dari 40.196 peserta/KK periode Januari sampai dengan Desember.

Dengan anggapan diatas maka Break Evennya dapat dicari sebagai berikut

$$BEP = \frac{FC}{1 - \frac{VC}{R}}$$

Dimana : FC : Fixed Cost
(Jumlah biaya operasional tetap)
VC : Variabel Cost
(Jumlah Pengeluaran Klaim Asuransi)

R : Revenue
(Jumlah penerimaan premi dana JAMKESDA)

Jadi BEP dapat diperoleh :

$$BEP = \frac{93,333,398}{1 - \frac{5.410.200}{401,960,000}}$$

$$= \text{Rp.}94,606,762,-$$

Dari hasil perhitungan BEP tersebut diatas maka dapat diketahui bahwa ternyata mencapai titik impas pada harga Rp. 94,606,762,-. Hal ini berarti ada keuntungan Rp.401,960,000,- - Rp.94,606,762,- = Rp. 307,353,238,- pada periode Januari sampai dengan Desember tahun 2007.

Keuntungan yang diperoleh karena kurangnya utilisasi atau pemanfaatan dana JAMKESDA oleh peserta. Dimana untuk periode yang sama jumlah peserta yang berobat pada ke empat PPK berdasarkan data primer. Keuntungan/laba tersebut juga karena rendahnya nilai kapitasi yang dibayarkan kepada ke empat Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) yaitu hanya sebesar Rp.5.410.200,- hal ini disebabkan karena PPK beranggapan jumlah peserta yang berobat tidak terlalu banyak, serta tarif yang diberlakukan oleh Puskesmas terhadap peserta JAMKESDA belum memperhitungkan Unit Costnya (Sesuai Tarif Perda) yakni. Rp.2500,- per satu kali kunjungan. Faktor lain yang menyebabkan keuntungan adalah jumlah dana pada tiap tahunnya dapat diprediksi dari banyaknya peserta

dan mereka dipastikan membayar, disebabkan pembayarannya melalui mekanisme pembayaran tiap bulan Rp.10.000.-

Rendahnya utilisasi atau pemanfaatan pelayanan kesehatan ini juga disebabkan dari latar belakang peserta JAMKESDA yang sama yakni dari instansi kesehatan yang sudah tentu pengetahuan mereka tentang Perilaku Hidup Sehat dan Bersih (PHBS) lebih baik jika dibandingkan JAMKESDA untuk masyarakat umum, dimana hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan yang baik tentang kesehatan akan menurunkan tingkat utilisasi pelayanan kesehatan peserta JAMKESDA. Disamping itu jika dibandingkan rata-rata Willingness To Pay (Kemauan Membayar) peserta yang tinggi, disebabkan oleh kesadaran mereka akan pentingnya kesehatan, namun pada masyarakat umum biasanya hal ini rendah karena anggapan mereka bahwa jika sakit baru berobat, dan membayar ketika berobat. Walaupun hal ini perlu penelitian yang lebih lanjut pada peneliti berikutnya mengenai Willingness To Pay (Kemauan Membayar) dan Ability To Pay (Kemampuan Membayar) peserta JAMKESDA Kabupaten Sinjai.

Namun perlu diketahui bahwa jika Puskesmas menerapkan tarif sesuai unit costnya, maka nilai kapitasi yang akan dibayarkan oleh Bapel akan meningkat pula yang akan berpengaruh langsung pada tingginya Break Event Point. Jadi Bapel JAMKESDA Kabupaten Sinjai perlu untuk mengelolah sisa dana Rp.307,353,238,- tersebut untuk peningkatan mutu

pelayanan dan bukan hanya untuk kesejahteraan pegawai yang selama ini dilakukan.

Dengan diketahuinya Break Even Point Bapel JAMKESDA maka dapat digunakan :

- a. Sebagai landasan dalam merencanakan kegiatan operasional Bapel dalam usaha meningkatkan mutu pelayanan dari sisa dana atau keuntungan tersebut.
- b. Dijadikan sebagai sarana controlling atau pengendalian untuk mencocokkan antara realisasi dengan perhitungan BEP untuk perencanaan yang akan datang.
- c. Sebagai bahan pertimbangan dalam menentukan harga jual, yaitu setelah diketahui hasil perhitungannya menurut analisis BEP dan target laba.

Perlu kita ketahui bersama bahwa dalam pengembangan JAMKESDA pada suatu Institusi, memerlukan adanya kesamaan tujuan dan rasa kebersamaan serta jauh dari rasa saling curiga, sehingga dengan banyaknya institusi yang bergabung maka dapat bermanfaat :

- a. Peserta JAMKESDA dalam lingkungan institusi terlindungi/terjamin dalam memperoleh pemeliharaan kesehatan yang dibutuhkan.
- b. Peserta JAMKESDA dalam lingkungan institusi memperoleh pelayanan kesehatan paripurna (preventif, promotif, kuratif dan rehabilitif) yang bermutu.

- c. Peserta JAMKESDA dalam lingkungan institusi mengeluarkan biaya yang ringan untuk kesehatan karena usaha bersama dan sistem subsidi silang.
- d. Meningkatkan derajat kesehatan peserta utamanya melalui upaya promotif, seperti yang selama ini dilakukan untuk mencegah seseorang jatuh sakit.

Dengan suatu pendekatan yang dikenal dengan nama Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JAMKESDA) agar dapat dikelola dengan baik agar dapat merangkul dan menerima anggota dari institusi lain menjadi anggota, sebagai upaya untuk menjamin kesehatan masyarakat tersebut secara paripurna dan berkesinambungan.

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai BEP JAMKESDA Kabupaten Sinjai Tahun 2007, maka dapat disimpulkan :

1. Besarnya *Break Even Point* (BEP) atau titik impas pengelolaan JAMKESDA periode Januari sampai dengan Desember tahun 2007 sebesar Rp. 94,606,762,- atau dibawah jumlah penerimaan (premi) sebesar Rp. 401,960,000,- pada periode yang sama, artinya mengalami keuntungan sebesar Rp.307,353,238,-

Meskipun demikian keuntungan ini banyak disebabkan oleh kurangnya utilisasi dan pengetahuan peserta tentang PHBS karena dalam lingkungan.

2. Jumlah peserta yang dibutuhkan untuk *Break Even Point* (BEP) adalah sebanyak 40.196 orang dengan penerimaan premi untuk Rp.10.000,- yakni Rp.401,960,000,-
3. Kepesertaan JAMKESDA Kabupaten Sinjai sebaiknya lebih ditingkatkan dan bukan hanya dalam lingkungan sendiri.

B. Saran

Adapun saran yang dapat diberikan melalui hasil penelitian diatas adalah sebagai berikut:

1. Mempertimbangkan keluhan dan saran dari peserta JAMKESDA sehingga meningkatkan jumlah institusi yang bergabung, bukan malah sebaliknya

- menjadi berkurang dimana dari periode Januari sampai dengan Desember Tahun 2007 dengan mengembalikan kepercayaan mereka.
2. Perlunya peningkatan pelayanan atau diversifikasi jenis pelayanan kesehatan atau meningkatkan mutu pelayanan sehingga menarik bagi orang luar institusi atau masyarakat.
 3. Diperlukan penelitian lebih lanjut pada Bapel JAMKESDA Kabupaten Sinjai untuk tahun 2007, dengan jumlah anggota yang makin meningkat, tetapi permintaan peserta akan kualitas pelayanan semakin meningkat di era reformasi ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pelaksana JAMKESDA Sinjai. 2005. *Petunjuk Pelaksana (Juklak) Program Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) Kabupaten Sinjai*
- Badan Pelaksana JAMKESDA Sinjai. 2005. *Pedoman Umum Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) Kabupaten Sinjai*
- Badan Pelaksana JAMKESDA Sinjai. 2005. *Standar Operasional Prosedur (S.O.P) Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) Kabupaten Sinjai*
- Depkes RI, *Pedoman Studi Kelayakan dan Rencana Usaha JPKM*, Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat, 1999
- Halim. Abd, *Dasar Akutansi Biaya*, Edisi 4, Universitas Gajah Mada, Yogyakarta, 1995
- Hartanto, *Akuntansi Untuk Usahawan*, Edisi 5, LPFE Universitas Indonesia, Jakarta, 1996
- Mulyadi, *Akuntansi Biaya Penentuan Harga Pokok dan Pengendalian Biaya*, Yogyakarta, 1999
- Moenir, AS. *Manajemen Pelayanan Umum di Indonesia*. Cetakan Ke 5. Bumi Aksara. Tahun 2001
- Murti Bhisma, *Dasar – Dasar Asuransi Kesehatan*. Cetakan ke 5, Universitas Indonesia, Jakarta, 2000
- Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.
- RA Supriyono, *Akuntansi Biaya*, Cetakan ke 5, Yogyakarta, 1995
- Razak Amran, *Permintaan Pelayanan Kesehatan Masyarakat Pesisir*, Studi Ekonomi Kesehatan, Kalam Media Pustaka, Makassar, 2000

Razak Amran & Maidin, Alimin; *Pengantar Ilmu Ekonomi Untuk Kesehatan*,
Universitas Hasanuddin, 1995

Sigit Soehardi, *Analisa Break Even Point*, Edisi ke 4, Yogyakarta, 1995

Sugiyono, *Metodologi Penelitian Administrasi*, Cetakan ke 6, Alfa Beta, Bandung, 1999

Thabrany, Hasbullah, *Asuransi Kesehatan Pilihan Kebijakan Nasional*, Universitas
Indonesia, Jakarta, 1995